Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!
БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ
МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 6—7

ЧЭРВЕНЬ—ЛІПЕНЬ
1928

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

От редакции

При VII номере журнала „Беларуская Мэдычная Думка“ платным подписчикам рассылается в качестве приложения книга проф. С. М. Рубашева: „Аппендицит в его влиянии на заболевания других органов брюшной полости“.

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!
БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 6—7

ЧЭРВЕНЬ—ЛІПЕНЬ
1928

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

Друкавана ў 2-ой друкарні-
літографіі Беларускага
Дзяржаўнага Выд-ва
Галоўлітбел 1644
У ліку 700 экз.
Заказ 2770.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ и ГИГИЕНА

Усе на барацьбу з сухотамі

М. Барсукоў

З 22-га па 24 чэрвеня г. г. Нар. Кам. Аховы Здароўя праводзіць па ўсёй БССР сухотны трохдзёньнік. У гэтыя дні кожны працоўны павінен успомніць, праверыць, што ён зрабіў для барацьбы з сухотамі, як ён дапамог дзяржаве ў справе вызваленьня ад гэтай жудаснай хваробы, якая калечыць маладое жыцьцё, вырывае з шэрагаў рабочае клясы і сялянства так патрэбную для будаўніцтва народнай гаспадаркі рабочую сілу.

Мы занадта звыкліся з сухотамі, яны сталі ў нас звычайным зьявішчам, а таму мы часта забываемся пра тую грозную небясьпеку, пра тыя цяжкія вынікі, якія нясе з сабой гэта жудасная хвароба—спадчына нявольніцтва, эканамічнага ўціску і культурнай адсталасьці.

У Беларусі штогод памірае ад сухотаў прыблізна каля 12.000 ч. А колькі з застаўшыхся ў жывых застаюцца інвалідамі. Колькасьць згубіўшых працаздольнасьць ад сухотаў, бязумоўна, вялікая і лік іх перавышае лік памёршых.

Дарма думаюць многія, што сухоты ня так небясьпечная хвароба па свайму заражэньню, як іншыя інфэкцыі. Гэта толькі так здаецца. Таксама, як плямісты тыфус, воспа—сухоты лёгка перадаюцца ад хворага да здаровага і, бязумоўна, зьяўляюцца заразьлівай хваробай.

Праўда, у адзнаку ад іншых заразьлівых хваробаў, сухоты падкрадваюцца паволі, няпрыкметна і не адразу выяўляюць сваю руйнуючую чыннасьць. Але затое раз пачаўшыся, яны пачынаюць упарта падтачваць сілы чалавека, і калі ня прыняты сваячасова меры, дык захварэўшы назаўсёды выводзіцца з строю.

Сухоты—хвароба масавая, цэлага калектыву, бо яна надта заразьлівая і цалком залежыць ад умоў быту, у якіх жыве чалавек.

Ніводная хвароба гэтак наяўна не залежыць ад быту, як сухоты. Тут на кожным кроку можна назіраць, як малейшая драбніца—адсутнасьць санітарных навыкаў, някультурнае ў санітарным сэнсе жыцьцё—балюча б'е па чалавеку і зараз-жа дае аб сабе ведаць праз разьвіцьцё сухотнага працэсу.

Сухоты баяцца сонца, чыстага паветра, добрага харчаваньня. Там, дзе чалавек жыве ў душнай хаце, якая не праветрываецца, як гэта часта можна бачыць у беларускага селяніна, калі хата вільготная і цёмная, напоўсутарэннага тыпу, калі паветра ў пакоі мала і, урэшце, калі прыходзіцца не даядаць,—усё гэта разам узятае,—лепшыя падыходзячыя ўмовы, каб сухотнаму мікробу моцна, грунтоўна замацавацца ў чалавечым арганізьме.

Вось чаму цяпер, калі ўся наша краіна саветаў перажывае паласу ліхарадачнага жыльлёвага будаўніцтва, калі партыя абвясьціла лёзунг аб культурнай рэвалюцыі—неабходна ўважлівей падыйсьці да пытаньняў санітарнага дабрабыту нашага жыцьця.

Гэтаму канешна адпавядае належная колькасьць профіляктычных установ, якімі зьяўляюцца псыхо-нэўролёгічныя дыспансэры. На працягу бліжэйшых год мы ня можам і марыць аб такіх нормах.

У РСФСР прынята норма 1 ложак на 1.000 насельніцтва. Канешне, такая сець дала-б магчымасьць ізаляваць востра душэўна хворых, прымаючы захварваемасьць насельніцтва 3% і зварочваемасьць ложку прыблізна 2—3 разы ў год. Аднак, павялічэньне ложкавага фонду на працягу 5-ці год мяркуецца толькі на 55%, што ні ў якім разе не дазволіць дасягнуць паказанай мэты і толькі нязначна зьнізіць маючыйся каэфіцыэнт. Калі прыняць, што ў БССР знаходзіцца прыблізна 15.000 псых. хворых, 30% з якіх гэта значыць, 5000 чал. патрабуюць абавязковай ізаляцыі, як пагражаючыя акружаючым, дык дзеля ізаляцыі іх нам патрэбна было-б разгарнуць 2.500 ложкаў, што на працягу бліжэйшых год ажыцьцявіць ні ў якім разе не магчыма па той прычыне, што гэта запатрабавала-б вялізарныя сродкі на будаўніцтва.

Трэба заўважыць, што паказаная колькасьць хворых ёсьць не абсалютная і павінна быць значна вышэй па той прычыне, што вылічэньні хворых рабіліся на падставе статыстычных паданых даваеннага часу псыхіатрычнай захварваемасьці насельніцтва Маскоўскай губэрніі, якая вызначаецца ў 3,21 на 1.000 насельніцтва. У сучаснасьці-ж мы маем, асабліва ў Беларусі, значна вышэйшую захварваемасьць, што тлумачыцца тым, што тэрыторыя Беларусі на працягу амаль-што 7 год зьяўлялася арэнаю імпэрыялістычнай вайны, акупацыйных падзей, і бандытызму. Усе гэтыя моманты вельмі значна панізілі абароназдольнасьць арганізму беларускага насельніцтва і зрабілі на яго вялікі псыха-траўматычны ўплыў.

У гэтыя гады мы наглядаем павялічэньне прытоку па ўсім нашым больніцам хворых прагрэсыўным паралічом, што таксама зьяўляецца водгукам імпэрыялістычнай вайны і акупацый. Значную ролю ў павялічэньні псыхіатрычных захварваньняў адыгрывае і пашырэньне алкагалізму.

Усё гэта прымушае нас зьвярнуць асаблівую ўвагу на арганізацыю псыхіатрычнай дапамогі. Якім-жа шляхам яна павінна ісьці. Выдатнейшымі псыхіатрамі мінулага стагодзьдзя, пачынаючы з Эсквіроля і Грызэнгаўзэра даказана, што чым раней псыхычны хворы ізаляваны ў лячэбніцу, тым лепшы прагноз яго хваробы, тым пасьпяховей ідзе лячэньне і тым большы процант выздараўленьня. Сучасны-ж погляд псыхіатрыі ідзе далей па шляху актыўнай прафіляктыкі па прыкладу мэтадаў барацьбы з сацыяльнымі хваробамі, як тубэркулёз і вэнэрычныя хваробы. Профіляктывізацыя псыхіатрычных захварваньняў набывае асаблівую ўвагу ў сувязі з павялічэньнем такіх захварваньняў, якія стаяць на мяжы з нэрвовымі хваробамі і вельмі часта без належнага нагляду абцяжваюцца і пераходзяць у формы, якія патрабуюць ужо зацяжнага стацыянарнага лячэньня. Між тым, раньняе вынаходжваньне такіх хворых, належны догляд за імі, адпаведнае амбуляторнае лячэньне, адхіленьне ад іх шкодных прафэсыйных і сацыяльных момантаў часта дазваляе захаваць хворага на доўгі час працаздольным, а бывае зусім выратаваць яго ад пагрозы „сумасшэдшага дому“. Прафіляктычны напрамак гэтым як-бы адмяняе ранейшы характар псыхіатрыі—бальнічнай апекі (Anstaltpsychiatrie) высоўваемае пытаньне раньняга вынаходжваньня такіх хворых, якія стаяць на мяжы з нэрвовымі, ажыцьцяўляецца інстытуцыямі, якімі зьяўляюцца псыха-нэўралёгічныя дыспансэры. Па паказаным прычынам сумежнасьці псыхіатрычных захварваньняў з нэрвовымі, дзейнасьць нэрвова-псыхіатрычных дыспансэраў павінна быць цесна ўвя-

зана на абадва бакі як з псыхіатрычным, так і з нэрвовым стацыянарам, як з псыхіатрамі, так і з нэўра-паталёгамі і толькі пры такім узаемным кантакце можа быць пасьпяховая праца.

Яшчэ больш раньняй формай прафіляктыкі зьяўляецца псыхосанітарная асьвета ў форме популярызацыі псыха-гігіены, якая павінна знайсьці мейсца як у школе, так і на прадпрыёмстве, а таксама і ў быту насельніцтва. Пытаньні выхоўваньня дзяцей, барацьбы з алкагалізмам, палавое пытаньне—павінны знайсьці належнае асьвятленьне перад шырокімі коламі працоўных. Агульна-даступная літаратура па паказаных пытаньнях павінна мець належны кантроль сан. асьветы, бо ў вялікай колькасьці паказанай літаратуры спатыкаецца неадказваючая запатрабаваньням, а падчас і шкодная, асабліва ў галіне палавога пытаньня.

Выходзячы з паказаных меркаваньняў, мы па-першае, павінны зьвярнуць увагу на пашырэньне нашага вельмі невыстарчальнага ложкавага фонду. Па 5-ці гадоваму пляну НК Аховы Здароўя БССР павялічэньне колькасьці псых. ложкаў у параўнаньні з 1927-28 г. мяркуецца на 42,5%—380 ложкаў, што зьнізіць сучасны коэфіціэнт 1 на 5.600 да 1 на 4.160. Гэта павялічэньне запатрабуе пабудовы аднэй новай псых. больніцы, мяркуецца ў Гомлі на 200 ложкаў і пашырэньне псых. калёніі Навінкі пабудоваю барака на 75 ложкаў. Разам з псвялічэньнем колькасьці неабходна будзе зьвярнуць увагу і на яка нае палепшаньне існуючых ложкаў шляхам рамонту, павялічэньнем абсталяваньня, колькасьці бялізны, палепшаньнем харчаваньня і г. д.

З боку паказаных момантаў у нас таксама справа стаіць нездавальняюча. Лекавыя ўстановы перагружаны па той прычыне, што павялічэньне колькасьці ложкаў ішло не заўсёды роўналежна з будаўніцтвам. Адзначаецца таксама невыстарчальнае харчаваньне, а таксама востры недахоп бялізны і верхняе вопраткі. Так, толькі ў гэтым годзе ў Магілеўскай псыхбольніцы маецца 1 комплект бялізны на хворага, што датычыцца Менску і Віцебску, то тут яшчэ няма і гэтага. Дзякуючы паказанаму хворыя прымушаны большую часьць году знаходзіцца ў закрытых памяшканьнях, што выклікае кіслароднае галаданьне, якое разам з невыстарчальным кармленьнем дае вялікую сьмяротнасьць хворых ад тубэркулёзу, даходзячую да 12% і ставіць нас у першыя шэрагі сярод другіх Рэспублік Саюзу.

Мяркуемае павялічэньне ложкаў будзе аднак невыстарчальным і разам з гэтым дзеля зьменшаньня ложкавага голаду неабходна будзе зьвярнуць увагу на пашырэньне патраніраваньня псіхіатрычных хворых. Гэта мерапрыемства зьяўляецца больш танным, чым разгортваньне ложкавай сеці і дае добрыя вынікі пры ўмовах лекавага нагляду над патраніраванымі, дзеля чаго патранат неабходна разгортваць будзе пры маючыхся псіхіатрычных больніцах. Гэта дасьць больніцам магчымасьць у крытычныя моманты эвакуіраваць беспрытульных паправіўшыхся хворых, што паможа разгрузцы больніц. Дзеля цэлага шэрагу хворых патраніраваньне можа зьяўляцца і тэрапэўтычным мерапрыемствам. Зварот хворага з бальнічных абставін к умовам сямейнага быту захоўвае яго душэўныя здольнасьці і часткова збаўляе ад інваліднасьці. Народным Камісарыятам Аховы Здароўя мяркуецца пашырэньне патранату пры калёніі Навінкі да 50 месц, пры Магілеўскай псыхбольніцы 75 месц і Віцебскай—50. Аднак, гэтага невыстарчальна і неабходна будзе таксама і мясцовым бюджэтам пайсьці на падтрыманьне гэтага мерапрыемства.

Разгортваньне дыспансэраў мяркуецца перш-на-перш у больш прамысловых і залюдненых цэнтрах, дзе чакаецца большы профэсыйны

траўматызм, алкоголізм і іншыя шкодныя моманты з аднаго боку, а з другога там, дзе маюцца псыхіатрычныя больніцы. Такімі месцамі ў нас зьяўляюцца Віцебск і ў будучым Гомель. Больш сільнага разьвіцьця псыха-нэўролёгічных дыспансэраў пакуль што дапусьціць немагчыма па той прычыне, што колькасьці дыспансэраў павінна адказываць вядомая колькасьць і ложкавага фонду. Трымаючы самую цесную сувязь з псыхіатрычнымі бальніцамі, дыспансэры дапоўняць іх працу, абслугоўваючы сумежныя формы з душэўнымі захвараваньнямі і з душэўнымі хворымі, якія знаходзяцца сярод насельніцтва, возьмуць на сябе ўнебольнічную і профіляктычную дапамогу. Праз дыспансэры псыхбольніцы змогуць пашыраць розныя віды патранажу. Дыспансэры арганізуюць дапамогу такім хворым, якім патрэбна будзе ў амбулятораных абставінах псыхатэрапія, псыхатэхніка, лячэньне заік (логопэдыя), фізіотэрапэўтычная дапамога і інш. Дыспансэры павінны будуць разгарнуць псых.-сан.-асьветную працу, праводзіць вучот душэўна хворых.

Неабходна будзе такжа арганізаваць такія віды лячэньня, якія да гэтага часу ў нас адсутнічалі. Першае, гэта лячэньне дарослых псыханэўротыкаў, а другое—дзяцей. Дзеля першых зьявіцца магчымым арганізаваць аддзяленьне на 25 ложкаў на тэрыторыі 2-й Сав. бальніцы ў Менску пры псыхіатрычнай клініцы, пасьля пабудовы унівэрсытэцкага клінічнага гарадку, а дзеля дзяцей мяркуецца пабудова псыхо-нэўролёгічнага санаторыя на 100 ложак.

Патрэбна таксама будзе зьвярнуць увагу на большы ўдзел у нэўропсыхіатрычнай дапамозе насельніцтву ўрачэбнага вучастка, які павінен быць нізавою ячэйкаю ў гэтай справе. Вучастковы доктар вядзе вучот душэўна хворых на вёсцы, першапачатковую рэгістрацыю іх; праз яго ідзе адбор і накіраваньне хворых у псыхлячэбніцы, ён наглядае за хворымі, якія жывуць сярод насельніцтва; пры дапамозе Саветаў Сацыяльнай дапамогі арганізуе мясцовы патранат і сямейную апеку і нарэшце вядзе псых-сан-асьветную працу.

Ажыцьцяўленьне намяркованых мерапрыемстваў дазволіць зьменшыць колькасьць інвалідаў, апякуемых душэўна-хворых у больніцах, дасьць большую магчымасьць захаваць наш нэўро-псыхіатрычны „бюджэт“. Будаўніцтва сацыялізму немагчыма без здаровых нэрваў і здаровай псыхікі.

Асноўныя моманты пабудовы пяцігадовага пэрспэктыўнага пляну санітарнае сэкцыі НКАЗ Беларускай Сацыялістычнай Савецкай Рэспублікі, у сувязі з адміністрацыйным падзелам яе, пэрспэктыўным плянам агульнааздаравіцельных мерапрыёмстваў і разьвіцьцем народнае гаспадаркі *)

Д-р З. К. Магілеўчык

Санітарнае аздараўленьне рэспублікі і стварэньне санітарнае культуры ў агульнай сыстэме савецкага будаўніцтва мае вялікае значэньне. Без аздараўленьня ўмоў працы і быту працоўных ня можна думаць аб посьпеху сацыялістычнага будаўніцтва. Важнасьць санітарнае справы ў агульнай сыстэме савецкага будаўніцтва зараз зразумела ўсім працоўным. За кароткі параўнаўча пэрыяд існаваньня севецкае мэдыцыны і разьвіцьця, у пяршыню ў БССР, санітарнае справы мы маем значныя і відавочныя вынікі. У параўнаньні з мінулым мы маем зьніжэньне эпідэмічнасьці, павялічэньне нараджальнасьці і зьмяншэньне сьмяротнасьці, укараненьне санітарнае культуры ў масы працоўных і г. д. Але ўсе нашы дасягненьні на фронце аздараўленьня працоўных, у параўнаньні з тым, што патрэбна, уяўляюць сабой толькі як выхад з цяжкае спадчыны мінулага. Наделей застаецца яшчэ вялікая. цяжкая праца і на доўгі час, каб ліквідаваць усе тыя нездаровыя абставіны, якія вякамі накладалі цяжкі адбітак на працоўных і застаюцца яшчэ і на сёньня. Санітарная справа і правадыр яе—санітарная арганізацыя павінны разьвівацца і мацнець.

Плянаваньне агульнааздаравіцельных мерапрыёмстваў і пабудова санітарнае сеці вымагаюць ня меншае ўвагі і абасновы чымся іншыя галіны плянаваньня савецкага будаўніцтва. Пабудова санітарнае сеці павінна быць увязана ня толькі з мерапрыемствамі па пляну НКАЗ, але і з цэлым шэрагам іншых акалічнасьцяй, якія вынікаюць з агульнага плянавага будаўніцтва і сучаснага стану рэспублікі.

У аснову пабудовы санітарнае сеці, паступовага пашырэньня і ўзмацненьня яе павінны быць пакладзены паступныя адзнакі:

а) Адзнакі адміністрацыйнага падзелу БССР—раёніраваньне, тэрыторыя абслугоўваньня і шчыльнасьць залюднёнасьці.

б) Эпідэмічнае становішча Рэспублікі наогул і ў тэрыторыяльных адносінах у прыватнасьці.

в) Вызначаемы рост агульна-аздаравіцельных мерапрыёмстваў і дабрабыту залюдненых месц.

г) Важнасьць паасобных залюдненых месц у агульным жыцьці Рэспублікі і пэрспэктывы ўсебаковага росту іх у будучым

д) Рост прамысловасьці наогул і тэрыторыяльныя адзнакі разьвіцьця яе ў прыватнасьці, а таксама характар прамысловасьці ў адносінах важнасьці і неабходнасьці санітарнага абслугоўваньня яе.

*) Даклад на XI Усесаюзным зьезьдзе бактэрыолёгоў, эпідэміолёгаў і сан. дактароў 21—27 мая 1928 г., Ленінград.

е) Існуючае палажэньне санітарнай арганізацыі ў адносінах задаваленьня патрэб санітарнага абслугоўваньня Рэспублікі.

ж) Аб'ём і сфэра дзейнасьці санітарных органаў, паводле пастановы СНК БССР „аб санітарных органах НКАЗ".

з) Фінансавая магчымасьць.

Усё памянёнае складае тую аснову, паводле якой павінна будавацца і мацнець санітарная арганізацыя. Зараз трэба ўнесьці яснасьць у арганізацыйную форму пабудовы санітарнае сеці. Арганізацыйная форма пабудовы санітарнае сеці павінна адпавядаць прынцыпам адміністрацыйна-гаспадарчага падзелу Рэспублікі.

Адміністрацыйна-гаспадарчае ўпарадкаваньне БССР зараз скончана, што ў значнай меры палягчае дакладнае плянаваньне ўсіх галін савецкага будаўніцтва.

У адміністрацыйна-гаспадарчых адносінах БССР падзяляецца на 8 акруг, 101 раён і 1694 сельсаветы. Залюднёных месц налічваецца 38.411, з якіх пасяленьняў гарадзкога тыпу разам з акруговымі гарадамі—84 (29 гарадоў і 55 мястэчак), пасяленьняў сельскага тыпу—38.327. Усяго насельніцтва - 4.983.240 чал. У гэтым ліку 16,4% гарадзкога насельніцтва. Гарадоў з насельніцтвам да 10.000 чал.—17, ад 10.000 да 20.000—4, ад 20.000 да 50.000—3, ад 50 да 75 тыс.—2, ад 75 да 100 тысяч—2, звыш 100.000—1. Агульная плошча Рэспублікі 125.950 кв. кілём., сярэдняя плошча раёну—1.247 кілём., сельсавета—73,2 кілём. Залюднёнасьць на 1 кв кілём.—агульная 39,5, у сельскіх мясцовасьцях (без гарадоў)—33 чал. Пры чым залюднёнасьць і тэрыторыя паасобных раёнаў маюць значныя адхіленьні ад сярэдніх лічбаў, што зьвязана з асаблівасьцямі натуральных і кліматычных умоў у розных частках Рэспублікі. Так, меншую залюднёнасьць і большую тэрыторыю на раён мае Мазырская акруга (лясістая і балоцістая частка Рэспублікі)—залюднёнанасьць 22 чал. на кв. кілём., а плошча раёну 1603,1 кв. кілём. Віцебская і Аршанская акругі наадварот—плошча раёну ў кв. кілём. Віцебскае 1033, Аршанскае—`34, 3 кв. кілём., а залюднёнасьць у Віцебскай акр. на 1 кв. кілём.—51,3, у Аршанскай—49,0.

Адзнакі адміністрацыйна-гаспадарчага падзелу і пакладзены намі ў аснову вызначэньня строю санітарнае арганізацыі. Паводле гэтых даных намі вызначан акруговы строй санітарнае арганізацыі, які адпавядае ў пераёніраваных краінах—губэрскаму. Прыняць рэспубліканскі строй—будзе грамоздка, а раён—за малы і паводле іншых прычын, пераважна эканамічнага парадку, ня можна думаць аб стварэньні цэльнага і моцнага арганізму санітарнае арганізацыі. Апрача гэтага раёны толькі трэці год пачынаюць ахапляцца санітарнай сеткай.

Зараз спынімся яшчэ на вельмі важным арганізацыйным моманце,—як мы ўяўляем сабе санітарную сетку і арганізацыйную сувязь яе ў Рэспубліканскім маштабе. Нізавой сеткай санітарнае арганізацыі трэба лічыць раённую, якая разам з гарадзкой санітарнай арганізацыяй уяўляе акруговую на чале з акруговым санітарным доктарам. Акруговая санітарная сець павінна ўяўляць цэльны і моцны арганізм акруговага строю санітарнае арганізацыі, маючы для сваёй дзейнасьці матар'яльную базу і будучы самастойнай і адказнай за сваю працу пад агульным кіраўніцтвам Сан.-Эпід. Часьці НКАЗ і яго навуковых Інстытутаў—у навуковых адносінах.

Раённая санітарная сець, мы лічым, у працэсе свайго разьвіцьця павінна складацца з раённага санітарнага доктара, яго памоцніка, раённай сан.-бакт. лябараторыі з трыма штатнымі адзінкамі ў сярэднім (у гэтым ліку 1 штатная адзінка для профіляктычных прышчэпак), дэзпункта з двума штатнымі адзінкамі і транспартам, санасьветнай базы—выстаўкі перасоўкі.

Кожны раён павінен мець сваю сан. арганізацыю. Ад пабудовы міжраённай санітарнай сеці нават у выпадках меншай залюднёнасьці раёнаў і пераважна сельска-гаспадарчым значэньнем іх, трэба адмовіцца. Па-першае, як вышэй ужо адзначана, меншая залюднёнасьць яшчэ на адзначае сабой меншую тэрыторыю абслугоўваньня. Па другое, падобныя раёны зьяўляюцца найбольш адсталымі ва ўсіх адносінах свайго разьвіцьця, у прыватнасьці—у санітарных адносінах. Па-трэцяе, пабудова міжраённай санітарнай сеці не адпавядае прынцыпам адміністрацыйна-гаспадарчага і тэрытарыяльнага падзелу Рэспублікі. Па-чацьвертае, абслугоўваньне двох раёнаў, як паказвае вопыт, адбіваецца на якасьці самай працы. Пры дрэнных грунтавых дарогах, неналаджанасьці транспарту, значнай тэрыторыі абслугоўваньня і раскіданасьці залюдненых пунктаў, цяжка абслужыць нават адзін раён. У крайнім выпадку можна згадзіцца на аднаго воспапрышчэпніка на 2 раёны, у працы якого можна вызначыць плянавае і паступовае абслугоўваньне аддалёных ад больніцы і мэдыцынскіх вучасткаў залюдненых пунктаў. Яшчэ можна згадзіцца на абслугоўваньне другога раёну, як на часовую меру, у выпадку выбуху ў сумежным раёне эпідэміі і калі ён ня мае свае санітарнае арганізацыі. Лепш з меншым абхватам і паступова, але з глыбокім падыходам у працы, што дасьць задаволеньне санітарным работнікам і большую карысьць агульнай санітарнай справе.

Гарадзкую санітарную арганізацыю ў адносінах абслугоўваньня гарадоў агульным санітарным наглядам у ўмовах БССР больш мэтазгодна будаваць па прынцыпу раённага падзелу іх, г. е. замацоўваючы за санітарным доктарам і яго памоцнікам пэўныя раёны, але не ўтвараючы абасобнасьці іх. Цэнтрам, вакол якога групуецца ўся санітарнаю-дзейнасьць, трэба лічыць Акруговую сан.-банк. лябараторыю пад агульным кіраўніцтвам акруговага санітарнага доктара. Падобная сувязь не азначае сабой, што агульная санітарная дзейнасьць санітарных дактароў павінна затушавацца лябараторнай, гэта ёсьць толькі больш шчыльная сувязь агульнасанітарнай дзейнасьці з лябараторнай, не зьмяншаючы аб'ёму і значэньня першай. Апрача гэтага падобная сувязь будзе ўяўляць сабой больш цэльны асяродак санітарнай арганізацыі—санітарную станцыю, ці, калі можна так назваць,—санітарна-прафіляктычны дыспансэр, дзейнасьць якога ў большай меры, чымся зараз, будзе грунтавацца на аб'ектыўных даных—лябараторных досьледах. Месцанахаджэньне санітарных дактароў у складзе Інспэктуры Аховы Здароўя адбіваецца на непасрэднай санітарнай працы, з прычыны частага ўскладаньня на санітарных дактароў такой працы, якая ня мае ніякіх адносін да санітарнае працы. Будучы разам з Інспэктурай, з прычыны цэлага шэрага акалічнасьцяй, амаль немагчыма мінаваць гэтага.

Акруговыя сан.-бакт. лябараторыі, як паказвае сама назва, павінны мець два аснаўных аддзелы—санітарны, з пераважным утварэньнем санітарна-тэхнічных, харчовых і водных аналізаў, і бактэрыолёгічны аддзел з пераважным утварэньнем аналізаў эпідэміолёгічнага характару і прафіляктычных прышчэпак. Апрача сан.-бакт лябараторый у кожным акруговым горадзе павінна быць дэзстанцыя з наладжаным транспартам і ізалятарам пры ім, санітарна-асьветная база—музэй-выстаўка. Што датыча штатаў у памянёных установах, дык тут трэба лічыцца з аб'ёмам і важнасьцю работы, якая вынікае з агульных умоў жыцьця таго ці іншага гораду і акругі. Як убачым ніжэй, акруговыя гарады большасьць санітарных установ маюць; надалей, у працягу 5 год, трэба зьвярнуць увагу на абсталяваньне і палепшаньне ўмоў працы іх, а дзе не хапае—на арганізацыю.

Што датыча норм абслугоўваньня гарадоў бягучым санітарным наглядам—НКАЗ за аснову бярэ, як і ў іншых Рэспубліках, адзін санітарны доктар і памоцнік на 25.000 насельніцтва. У гарадох з меншым лікам насельніцтва ўсе адно—1 сан. д. і памоцнік. Апрача агульнага санітарнага нагляду адчуваецца вострая патрэба ў спэцыяльных відах санітарнага абслугоўваньня па кватэрна-камунальнай, харчовай і прамысловай санітарыі, асабліва ў больш буйных гарадох (Менск, Віцебск, Гомель), што ў пяцігадовым пляне і прадугледжваецца. Па спэцыяльных відах мы вызначаем наступныя нормы абслугоўваньня: па харчовай і камунальна-кватэрнай санітарыі—па аднаму спэцыялістаму ў гэтых галінах на 50.000 гарадзкога насельніцтва, па п амысловай—1 на акругу.

Што датыча спэцыяльнага абслугоўваньня ў галіне эпідэміолёгіі, гэта зьяўляецца аднолькова важным для ўсіх гарадоў і мы лічым, што спэцыялістым у гэтай галіне павінен быць кожны акруговы санітарны доктар, які разам з бактэрыолёгічным аддзелам Сан.-Бакг. лябараторыі будзе ажыцьцяўляць гэту працу.

Цяпер кранем у кароткіх рысах тыя адзнакі, з якімі павінен быць шчыльна ўвязан плян пабудовы і палепшаньня санітарнае сеці. Першае, гэта адзнака эпідэмічнасьці рэспублікі, другое, пэрспэктыўны плян разьвіцьця народнае гаспадаркі, у прыватнасьці найбольш важных галін у санітарных адносінах, трэцяе, сучаснае палажэньне санітарнае організацыі ў адносінах задаваленьня патрэб санітарнага абслугоўваньня рэспублікі і, урэшце, можна сказаць самае галоўнае, фінансавыя магчымасьці.

Эпідэмічнасьць БССР, ня гледзячы на зьніжэньне яе, усё яшчэ застаецца значнай і няўстойлівай. Агульная эпідэмічнасьць у 1927 г. 381.2 : 10.000 насельніцтва. Эндэмічныя ачагі на некаторыя інфэкцыі ўвесь час пагражаюць эпідэмічнымі выбухамі, дзякуючы чаму мы па Рэспубліцы маем досыць высокія эпідэмічныя паказальнікі ў параўнаньні з іншымі Саюзнымі Рэспублікамі. Асабліва гэта датыча страўнакішэчных захворваньняў (брушны тыфус) і паразітарных тыфусаў (плямісты тыфус), як раз тых эпідэмічных хвароб, якія зьяўляюцца асноўнай адзнакай агульнага санітарнага дабрабыту і санітарнага становішча Рэспублікі, а па другое—той адзнакай, якая ўказвае на неабходнасьць больш шырокіх і рашучых супроцьэпідэмічных і агульнааздаравіцельных мерапрыемстваў. У 1927 годзе хваравітасьць на брушны тыфус мы мелі 6,4 на 10.000 насельніцтва, на плямісты 6,9 : 10.000. Праўда, гэтыя паказальнікі крыху ніжэй як у мінулым годзе (1926 г. брушны тыфус 7,1 : 10.000, высыпны 7,8 : 10.000) і шмат ніжэй як у гады вайны і разрухі, але не настолькі, каб было падобна на наступіўшы дабрабыт на гэтыя, здаўна пануючыя ў БССР, эпідэмічныя хваробы. Ня ў меншай меры таксама пагражаюць працоўным пануючыя сацыяльна-бытавыя хваробы, асабліва сухоты і трахома—больш глыбокі і цяжкі адбітак мінулага.

Сухоты ў 1927 г. па Рэспубліцы—122,5 : 10.000, трахома—76,3 на 10.000. Пры чым, паказальнікі на сацыяльна-бытавыя хваробы больш трывала трымаюцца за эпідэмічныя. Словам эпідэмічныя і сацыяльна-бытавых хвароб адзнакі высоўваюць ясныя і вялікія задачы, з якімі павінен быць увязан пэрспэктыўны плян пабудовы ня толькі санітарнае сеці і НКАЗ у цэлым, але гэтыя задачы—санітарнага аздараўленьня працоўных павінны быць увязаны і з іншымі галінамі пляваваньня савецкага будаўніцтва, асабліва на вёсцы.

Пераходзім да адзнак пэрспэктыўнага пляну разьвіцьця народнае гаспадаркі, з якімі мы павінны ўвязаць плян пабудовы санітарнае

арганізацыі. Тут мы закранем толькі тыя галіны народнае гаспадаркі, якія ў санітарных адносінах зьяўляюцца найбольш важнымі і якія нараўне з іншымі галінамі рэгуляваньня іх патрабуюць санітарнага рэгуляваньня і сталага нагляду.

Найбольш важныя галіны ў санітарных адносінах разьвіцьця народнае гаспадаркі, паводле папярэдніх даных Дзярж. пляну БССР на 5 год (1927-28—1931-32) выяўляюцца ў наступным:

а) Новае кватэрнае будаўніцтва ў 10 буйнейшых гарадох Рэспублікі павінна выявіцца ў стварэньні 798 тыс. кв. мэтр. жылой плошчы, у раённых гарадох і мястэчках—238,5 тыс. кв. мэтраў. Капітальныя ўклады ў кватэрнае будаўніцтва вызначаюцца ў 49.175 тысяч руб.

б) На камунальны дабрабыт вызначаецца 30 мільёнаў руб., з якіх 6.200 тысяч руб. на водазабясьпеку, 3.650 тыс. руб.—на каналізацыю і іншыя мерапрыемствы па ачыстцы гарадоў, 1.650 тыс. руб.—на санітарна-гігіенічныя мерапрыемствы (лазьні, прачашныя і інш.), 300 тыс. руб на дрэванасаджэньне.

в) Земляўпарадкаваньне, з якім зьвязана новае кватэрнае будаўніцтва і наогул перабудова вёскі, вызначаецца ў працягу 5 год скончыць поўнасьцю (да гэтага часу земляўпарадкаваньне выканана процантаў на 30). У агульным кватэрным будаўніцтве вызначаецца давесьці агнятрывалае будаўніцтва да 4%. Вялікія мерапрыемствы вызначаюцца па мэліарацыі і г. д.

г) Капітальныя ўклады ў прамысловасьць—на новае будаўніцтва, капітальныя рамонты і пашырэньне прадпрыемстваў вызначаецца агульнай сумай у 127,6 мільёнаў руб. Павялічэньне рабочай сілы ў прамысловасьці вызначаецца на 19.781 чал. (56,7%). Асабліва трэба ўвязаць плян санітарнае секцыі з найбольш важнымі ў санітарных адносін галінамі разьвіцьця прамысловасьці. У даным выпадку ў БССР найбольш важным зьяўляецца разьвіцьце харчовай прамысловасьці, у прыватнасьці мясной, малочнай і кансэрўнай (пераважна фруктаў). Тут трэба мець на ўвазе як якасьць прадукцыі (сыравіны і гатовых вырабаў) так і ўмовы вытворчасьці і ўплыў прамысловасьці на акружаючыя яе залюднёныя пункты. Павялічэньне ўсяе харчовае прамысловасьці ў даваенных рублёх вызначаецца на 103,5%, а рабочых на 54,1%. З іншых відаў прамысловасьці, маючай значэньне як у санітарных адносінах так і па свайму разьвіцьцю, трэба адзначыць хімічную прамысловасьць,—пераважна папяровая, сярніковая і шкляная.

Пагранічнасьць БССР і абавязкі паводле міжнароднай санітарнай канвэнцыі аб санітарнай ахове граніц таксама зьяўляецца сур'ёзнай адзнакай, якая павінна быць прынята пад увагу пры складаньні пяцігадовага пляну. Апрача азначанага ёсьць яшчэ шмат іншых момантаў культурнага адраджэньня і разьвіцьця БССР, з якімі павінен быць увязан плян і дзейнасьць санітарнае арганізацыі.

Як бачым задачы і патрэбы санітарнага абслугоўваньня Рэспублікі вялікія і з кожным годам будуць узрастаць. Нажаль, сёньня ня можна сказаць, што палажэньне і рост да гэтага часу санітарнае арганізацыі (гл. табл. № 1) адпавядаюць пастаўленаму перад ёй аб'ёму абслугоўваньня. Гэта ў роўнай меры датыча як якаснага так і колькаснага бакоў абслугоўваньня: Праўда, для гэтага ёсьць шмат аб'ектыўных прычын як мінулага так і сучаснага. Сучасныя прычыны, якія перашкаджалі разьвіцьцю санітарнае арганізацыі, пераважна грашовага характару. Гэта агульная балячка ў разьвіцьці маладой Беларускай Савецкай Сацыялістычнай Рэспублікі.

Паводле існуючага палажэньня аб санітарных органах, вызначаючага аб'ём і сфэру дзейнасьці іх і прымаючы пад увагу сучаснае палажэньне санітарнай арганізацыі, эпідэмічны стан Рэспублікі, разьвіцьце народнае гаспадаркі, у прыватнасьці найбольш важных у санітарных адносінах галін яе, зразумела і вынікаючыя з усяго гэтага задачы перад санітарнай арганізацыяй, а таксама фінансавыя магчымасьці,—НКАЗ вызначае наступны плян разьвіцьця санітарнае сеці (гл. табл. №№ 1 і 2).

Табліца 1

Пэрспэктыўны плян разьвіцьця санітарнае сеці на бліжэйшыя 5 год

Сетка	Сетка 1927-28 г	1928-29 год	1929-30 год	1930-31 год	1931-32 год	1932-33 год	Рост сеткі за 5 год	Патрэбная сетка
1. Санітарныя дактары:								
а) акруговыя	8	8	8	8	8	8	0	8
б) гарадзкія	15	19	21	23	24	26	+11	39
в) раённыя	19	35	56	76	96	101	+82	101
Усяго	42	62	85	107	128	135	+93	148
2. Памоцнікі сан. доктар.:								
а) у гарадох	2	5	9	12	15	19	+17	19
б) у раёнах	0	3	6	8	10	11	+11	101
Усяго	2	8	15	20	25	30	+28	120
3. Мэдпэрсан. д-прышчэпак:	0	10	20	30	50	50	+50	101
4. Інстытуты	3	3	3	3	3	3	0	3
5. Сан. Бакт:. Лябараторыі:								
а) акруговыя	7	7	7	7	7	8	+ 1	8
б) раённыя	3	4	5	7	9	11	+ 8	93
Усяго	10	11	12	14	16	19	+ 9	101
6. Пастэраўскія станцыі:	3	3	3	3	3	3	0	3
а) „ раён. пункты	35	36	37	38	39	40	+ 5	50
Усяго	38	39	40	41	42	43	+ 5	53
7. Дэзстанцыі ў акр. гар.:	5	6	7	8	8	8	+ 3	8
дэзпункты „	2	1	0	0	0	0	– 2	—
„ раённыя	3	5	7	9	15	21	+18	93
Усяго	10	12	14	17	23	29	+21	101
8. Малярыйная станцыя	1	1	1	1	1	1	0	1
9. Дамы Санасьветы Акр.	3	4	4	4	4	5	+ 2	8
выстаўкі-перасоўкі	0	0	1	2	2	3	+ 3	21
Усяго	3	4	5	6	6	8	+ 5	29

Табліца 2

Разьмеркаваньне росту сеці па акругах

			Бабруйск. акруга	Віцебск. акруга	Гомельск. акруга	Менская акруга	Магілеўск. акруга	Мазыр. акр.	Аршанск. акруга	Полацкая акруга	Усяго
1	Сандактары . .	у гарадох	1	3	2	3	1	—	1	—	11
		у раёнах	9	9	11	14	12	8	12	7	82
2	Памоцнікі .	у гарадох	2	3	3	4	1	1	2	1	17
		у раёнах	2	1	1	2	1	1	1	2	11
3	Мэдпэрсанал д прышч. у раён. .		5	5	6	6	6	8	6	8	50
4	Сан. Бакт Лябараторый гор. .		—	—	—	1	--	—	—	—	1
		раённыя .	1	1	--	2	1	1	1	1	8
5	Пастэраўскія пункты раённыя .		–	5	—	—	—	—	—	—	5
6	Дэзстанцыі ў гарадоў . .		1	—	—	—	—	1	1	—	3
7	Дэзпункты ў раёнах .		2	1	2	3	3	3	2	2	18
8	Дамы санасьветы ў гарадох . .		1	1	—	—	—		—	—	2
9	Выстаўкі-перасоўкі ў гарад. . .		—	—	—	—	—	1	1	1	3

Увага: пад гарадамі ў даным выпадку трэба разумець акруговыя гарады.

Як бачым з гэтых табліц, нават у канцы пяці год санітарная сетка далёка яшчэ адстае ад патрэбнае сеткі. Пры вызначэньні пашырэньня сеткі мы маем на ўвазе адначасова палепшаньне існуючае, на што таксама патрэбны сродкі, а гэтыя сродкі як раз з аднае кішэні. Трэба браць курс на якасьць сеці і працы, ад чаго ў асноўным залежыць аўтарытэт і вынікі працы санітарных органаў.

Асаблівую ўвагу трэба зьвярнуць на абсталяваньне санітарных устаноў, падрыхтоўку і кваліфікацыю сан. дактароў, у прыватнасьці ў галіне кватэрна-камунальнай, харчовай і прамысловай санітарыі і на павялічэньне зарплаты. Усё гэта павінна быць прадугледжана ў плянавым каштарысным парадку.

Паступовасьць росту і тэрыторыяльнае вызначэньне санітарнае сеткі павінна быць увязана з тэмпам росту наогул і тэрыторыяльнымі адзнакамі ў прыватнасьці разьвіцьця народнае гаспадаркі, асабліва ў галіне маючай важнае санітарнае значэньне, з тэрыторыяльнымі адзнакамі эпідэмічнасьці, з пагранічнымі адзнакамі асобных акруг і наогул з адзнакамі важнасьці таго ці іншага залюдненага месца ў агульным жыцьці Рэспублікі. Пры складаньні пляну і разьмеркаваньні сеткі па акругах усё гэта намі прынята пад увагу.

Утрыманьне і пабудова санітарнае сеці як гарадзкой так і раённай павінна праходзіць па мясцовым акруговым каштарысам. Па дзяржаўнаму каштарысу трэба трымаць толькі тыя ўстановы і праводзіць тыя мерапрыемствы, якія маюць агульна рэспубліканскае значэньне. У даным выпадку ў нас мы лічым утрымаць па дзяржаўнаму каштарысу з Інстытуты—Мікрабіолёгічны, Сан.-Гігіенічны і Сацыяльнае Гігіены, 2 акруговых Сан.-Бакт. лябараторыі (першае катэгорыі.—Віцебск, Гомель) малярыйную станцыю, запасны эпідфонд на датацыю акругам у часе вялікіх эпідэмічных выбухаў (для плянавае дзейнасьці па барацьбе з эпідэміямі павінны быць створаны мясцовыя эпід. фонды), фонд для плянавых у рэспубліканскім маштабе навуковых досьледаў і вынаходжваньняў і ўрэшце, датацыйны фонд на ўтрыманьне санітарных дактароў у больш слабых у эканамічных адносінах акругах.

Перадаваць раённую санітарную сетку на раённы каштарыс, хоць гэта і адпавядае адміністрацыйна-гаспадарчым адзнакам іх, але зараз яшчэ зарана рабіць. Па-першае, каштарысы РВК слабы, а па-другое санітарная справа на вёсцы новая справа і пры ўсякім скарачэньні каштарысаў першай ахвярай будзе санітарная арганізацыя. Падобнае наогул адзначаецца.

Сетка лячэбна-прафіляктычных устаноў (дыспансэры) і заразных баракаў у плян пабудовы санітарнае арганізацыі намі ня ўключаецца. Згодна існуючага ў нас палажэньня ўся лячэбна-прафіляктычная сетка праходзіць па лініі лячэбна-прафіляктычнай часткі. Дзейнасьць санітарных органаў у асноўным складаецца з аздаравіцельных мерапрыемстваў акружаючых абставіны быту і працы працоўных. Зразумела дзейнасьць абедзьвёх арганізацый павінна быць шчыльна ўвязана і каардынавана. Падставы для пабудовы пляну лячэбна-профіляктычных устаноў і санітарнае сеці па змаганьні з сацыяльна-бытавымі заразнымі хваробамі ўжо адзначаны вышэй.

У раёнах, дзе мы яшчэ ня маем сеці санітарнае арганізацыі, санітарная праца па меры сіл і кампэтэнцыі павінна ажыцьцяўляцца раённым мэдпэрсаналам пад агульным кіраўніцтвам гэтай працай акруговага санітарнага доктара.

Урэшце трэба адзначыць, што вызначанае НКАЗ БССР на бліжэйшыя 5 год санітарная сетка зьяўляецца мінімальнай у адпаведнасьці з патрэбамі. На наступныя 5 год застаецца яшчэ вялікая задача ў разьвіцьці і палепшаньні санітарнае справы ў Рэспубліцы.

Зараз вызначаную сетку і палепшаньне існуючае ўсімі мерамі і сіламі як у цэнтры, так і на мясцох трэба ажыцьцявіць. Выдаткі на санітарную арганізацыю, а бяз іх ня можна спадзявацца на ажыцьцяўленьне вызначанага, павінны быць павялічаны як у абсалютных лічбах, так і па ўдзельнай вазе ў агульных каштарысах органаў аховы здароўя, асабліва ў найбольш адсталых у санітарнай справе акругах.

Санитарное состояние Бобр. Округа и оздоровительные мероприятия за 25—27 годы[1])

Л. Гурвич

Санитарная диагностика, т. е. выявление санитарной статики и динамики является чрезвычайно важным моментом в деятельности санитарной организации. Важно и интересно каждому работнику на ниве здравоохранения и особенно санитарному врачу в любой данный момент определить, осмотреться, учесть совокупность всех санит. улучшений, которые выражаются в целом ряде санит. показателей, из которых важнейшими по мнению Сысина являются:

1) Данные по естественному движению населения (рождаемость, смертность, смертн. грудн. детей до 1 г., естеств. прирост), 2) Данные о заболеваемости, 3) Данные по физич. развитию населения, 4) Данные о санит. состоянии населен. мест (благоустр., постановка санит. дела).

В отношении Бобр. Округа приходится базироваться на некоторых довоенных данных, которые удалось добыть с трудом и данных последних нескольких лет.

Конечно, санитарное состояние б. Бобруйского уезда не является идеалом, но все же известное сравнение с настоящим положением сделать можно, к тому же другой единицы, с чем сравнивать, у нас нет.

Население Бобр. Округа на 1 января 1927 года составляло 529,277 чел. (без присоед. районов Слуцк. Округа), из них мужчин 264.360, женщин—264.917 (в б. Бобр. уезде по переписи 1897 года 255.387 челов.), т. е. почти одинаковое количество мужчин и женщин. Вся эта масса населения расселена на территории в 14231 кв. килом. (против б. уезда более на 2000 кв в.), давая плотность населения в 37,1 на 1 кв. кил. (в 1925 г.—35,8).

Поверхность округа ровная, низменная, лесистая и болотистая. Почва почти сплошь песчано-глинистая и до того пропитана влагой, что Наполеон назвал грязь в местном крае „пятой стихией". Вот, как характеризует этот край польский писатель Крашевский: „Край покрытый лесом и болотами, с бедным народонаселением, грязными, оборванными жидами, отвратительными полуразвалившимися корчмами, греблями, по которым едешь и дрожишь от страха, леса мрачные, сосны тощие и кривые, стелющие коренья по земле, поперек дороги; иногда крест на распути; маленькая, покривившаяся церковь,—вот предметы, утомляющие взор путешественника. В деревне нищета, избы до половины в земле; народ худой, желтый, прокоптившийся в дыму, дети с всклокоченными волосами и полунагие". Это было написано в 50 годах прошлого столетия, правда многое в благоустройстве деревни изменилось, но многое верно и сейчас.

Населениe округа смешанное—белоруссы, евреи, русские, поляки и латыши

[1]) Доклад, читанный на с'езде Зав. лечучр. Бобр. Окр. 7—9 янв. 1928 г.

Что касается естественного движения населения, то оно дает след. картину (за 80 лет):

	Годы	Смертн. на 1000 нас.	Рождаемость на 1000 нас.	Смертн. детей до 1 года на 100 род.	Естеств. прирост
Б. уезд	1848-1858	47	64,8		17,8
	1870-1880	35,1	56,6		21,5
	1898	20,5	42,5		22,0
	1899	22,6	47,9		25,3
	1908	20,5	43,0	15,8 в Мин. г.	22,0
	1910	19,0	43,9	14,91 в (Б. у.)	24,9
	1923	14,3	41,4	10,5	27,1
	1924	15,5	43	9.6	27,5
Б. округ	1925	17,4	42,3	12,4	24,9
	1926	14,5	39,6	10,5	24,9

К сожалению, нет совершенно сведений за г. г. войны; возобновляются сведения с 1923 года. В общем цифры смертности за 80 лет дают снижение более, чем в три раза.

Конечно, в тесной связи стоит смертность до 1 года. В Бобр. округе смертность детей до 1 года с 1910 года тоже дает снижение, давая 10,5 на 100 родившихся, т. е. наравне с Анг., Францией, Японией, но, конечно, выше Н.-Зеландии 4,6, Швеции, Австрии, Голландии. Конечно главную роль здесь играет низкий уровень санитарной культуры. И прав д-р. Курош, когда говорит, что едва ли можно оспаривать, что в стране, где мала ценность жизни вообще, не может высоко цениться в народном сознании и жизнь ребенка. С большим правом можно утверждать, что насколько хорошо в стране санит. положение детей, настолько хорошо здоровье и положение всего общества. Улучшение в общем состоянии страны тотчас сказывается на улучшении здоровья детей, на уменьшении смертностей. При всех несчастьях (эпидемии, эконом. кризис) население страны несет обильную дань грозному и неумолимому закону в виде гетакомб детских жизней. Конечно, падение смертности связано у нас с общим улучшением экономического положения и отчасти культурного. Показателем последнего может служить хотя бы тот факт, что в 1897 по Бобр. уезду число грамотных на 1000 населения приходилось 156 челов., в 1925 году по Бобр. округу—238 челов.

Рождаемость в Бобр. округе (см. таблицу) пала больше чем в $1^1/_2$ раза, но, конечно, в более культ. странах она пала еще резче и стоит ниже чем у нас, напр., в Бобр. округе в 1923 г.—41,4, а в Швеции в 1922 г.—21, Англии—21,6, Франции—17,9.

Естественный же прирост населения в Б. окр. непрерывно растет, давая в 1848—1858 г.—17,8, а в 1926—24,9 т. е. падение смертности более резко, чем падение рождаемости. Страны Зап. Европы дают более низкий прирост населения (зависящий от меньшего количества рождений), а именно в 1922 г. Италия—12,9, Англия—9,0, Швеция—7,8.

В отношении естеств. движения по Белоруссии цифры по Бобр. округу дают более благоприятную картину.

	Рожд.		Смертн.		Смертн. до 1 года		Ест. прирост	
	Вся Белор.	Бобр. окр.	Вся Белор.	Бобр. окр.	Вся Белор.	Бобр. окр.	Вся Белор.	Бобр. окр.
1923	37,4	41,4	13,3	14,3	около	—	24,1	27,1
1924	38,8	43	15,1	15,5	12,0	—	23.7	27,5
1925	41.0	42,3	18,6	17,4		—	22.4	24,9
1926	—	—	—	—		10,5	—	—

Заболеваемость населения.

„Цифры заболеваемости есть вернее цифры обращаемости в лечебные учреждения, ибо полная регистрация заболеваний невозможна и недостаточна“ (Сысин).

Цифр общей заболеваемости у нас не было и потому мы останавливаемся на цифрах острозаразных заболеваний, социальных (туб., сифил., трах., чесотка), отчеты по которым представляются регулярно всеми лечучреждениями.

Вот цифры эпидемических заболеваний за послед. годы:

		Острозаразные		Туберкулез и сифилис	Парша, чесотка	Трахома	Всего
Общая заболеваемость				нет свед.	нет свед.	нет свед.	—
Бобр. уезд	1922 год . . .	5324		3164	3345	1454	17305
	23/24 „ . . .	9342		6913	10595	4307	35367
Бобр. округ	1925 „ . . .	1352	(без грип.)	7256	10036	3096	26630
	1926 „ . . .	6248	„	—	—	—	—
	1927 „ (Вместе со Слуцк. окр.)	7209	,,	8407	8876	2456	26943

Цифры острозаразных заболеваний дают снижение и абсолютно и относительно (учитывая укрупнения Бобр. округа вначале присоединением частей б. Рогачевского и Игуменского уездов, а в 1927 г. 5 районов Слуцкого округа). Цифры острозаразных заболеваний по сравнению с цифрами других заболеваний являются наиболее правильными, ибо они ведутся по карточной системе. Цифры-же социальных и бытовых заболеваний менее точны (на них карточки не заполняются), но известное сравнение в течение целого ряда лет произвести можно, поскольку условия регистрации в течение этих-же лет остались без изменения. Цифры трахомы, чесотки и парши дают к 1927 году некоторое снижение, туберкулез и сифилис—незначительный под'ем, очевидно тоже благодаря увеличению населения округа за счет присоед. района Слуцка.

Картина острозаразных заболеваний представляется в следующем виде:

	1922 г.	23-24	1925	1926	1927
Сыпной тиф . .	2460	677	862	316	418
Возвратн. „ . .	1752	724	68	11	12
Брюшн. „ . .	516	310	709	595	449
Неопред. „ . .	288	—	71	62	36
Дизентерия .	—	224	716	242	309
Оспа . . .	19	12	24	1	13
Дифтерит . . .	100	244	492	434	528
Скарлатина . . .	189	192	1063	1627	1999
Малярия . . .	—	873	1226	882	897
Корь	—	396	5352	642	548
Коклюш . . .	—	618	882	1436	2000
Грипп	—	5072	13327	14270	17001
Сифилис . . .	—	410	348	386	450
Туберкулез . .	—	2754	6565	6870	7957
Трахома . . .	—	1454	4307	6690	2456

Бобруйский округ и после падения эпидемич. волны в годы гражд. войны (о чем, к сожал., цифров. данных нет) и сейчас имеет целый ряд эпидемич. очагов, которые порой мелкими вспышками или искорками в виде единичных заболеваний дают знать о себе, грозно напоминая, что пора эпидемий еще не миновала, и что в благоприятную минуту можно получить эпидемич. стихийное бедствие.

В отношении паразитарных тифов (возвр. и сыпн. тиф.) мы имеем по Бобр. округу резкое снижение за последние годы (абсолютн и относит.), а именно в 1922 году—72,7 сыпного тифа на 10.000 населения, в 1925 г.—19,3, в 1926—6,0. Возвратный тиф дает еще более резкое снижение в 1922—52,9, в 1925 г.—1,4, в 1926—0,2 на 10.000 населения. В отношении параз. тифов, особенно выделяются Кличевский и Бобр. районы.

Заболевания оспой резко снижаются с 0,6 к 10.000 насел. 1922 г. до 0,1 в 1925 и до 0,02 в 1926 г. Правда с 1927 г., мы имеем некоторый под'ем, но он относится исключительно к присоед. району Слуцкого округа. Благодаря огромной работе по вакцинации насел. Бобр. округа за последн. 3 года, мы имеем большой успех. В отношении заболев. оспой, Бобр. округ в лучшем положении по отношению к средней заболеваемости оспой по Белоруссии, ибо по Белоруссии оспа дает—0,5, а по Бобруйскому округу—0,1.

В отношении кишечных инфекций, находящихся в тесной связи с вопросами благоустройства, хотя и имеется снижение, но положение далеко не благополучно. Так по Бобр. округу:

в 1925 году на 10.000 населения заболев. брюшн. тифа было 16,8, дизентерии—14.9
1926 „ „ „ „ „ „ „ 11.4 „ — 4,6

В отношении брюшного тифа имеется целый ряд постоянных очагов, связанных с неблагополучием в вопросах водоснабжения и канализации.

Наиболее неблагополучные Рогачевский, Жлобинский, Свислочский, Глуский и Бобруйский районы, а из вновь присоединенных—Любаньский район в селах, расположенных по берегам рек.

В отношении малярии заболеваемость наибольшая в Жлоб., Парич., Рогач районах и Любанск., т. е. в местах наиболее близких к болот. местности б. Минск. губ.

Действие инфекции (скарлатина, корь, дифтерит, коклюш) является постоянным грозным бичом детского населения за последние годы. Заболевания корью и дифтерит. дают за последние 2 года снижение, а скарлат. и коклюш резкое увеличение, о чем говорят следующие цифры:

	1925 г.		1926 г.
	Бобр. окр.	Белоруссия	Бобр. окр.
Скарлат.	22,0	33,5	30,7
Дифтерит.	10,2	9,2	8,2
Коклюш	18,3	—	27,1
Корь	111,0	70,6	12,1

Итак в отношении острозаразных заболеваний, мы имеем снижение острозаразных заболеваний за исключением детских инфекций.

Парша и чесотка чрезвычайно распространены у нас в округе и обнаруживают слабую тенденцию к снижению.

Основная причина—некультурность населения и связанная с этим слабость гигиенических навыков. Немаловажную роль играет здесь и плохое состояние или вернее почти полное отсутствие сельских общественных бань.

Абсолютное количество туберкулезных и сифилитических заболеваний растет из года в год по Бобр. округу, трахома дает 1927 г. маленькое снижение.

	На 10.000 населения		
	Туберк. заб.	Из них легочн. туб.	Сифилис
В 1925 году было	136,7	92,0	7,3
„ 1926 „ „	132,1	105,4	5,5

т. е. относит. туберкулез и вензаболев. дают снижение.

Показателем санитарн. состояния Бобр. округа может служить физич. развитие населения. В данном случае, мы пользуемся показателем физич. развития рабочих подростков за 1926 год на основании антропометр. измерений:

мужчины:

	Рост			Вес			Об'ем груди		
	Норма	Рабоч. подр.	Физкульт.	Норма	Рабоч. подр.	Физкульт.	Норма	Рабоч. подр.	Физкульт.
15 лет	155	153,3	155	43,6	45,8	51,5	77,4	75,8	76
16 „	159	155,7	155,1	49,7	47,7	47	80,3	77,1	77,5
17 „	163	158,9	157,0	52,8	51,9	53	82,5	79,4	79
18 „	166	161,6	161,7	57,8	50,6	56	84,2	81,4	82,5
19 „	167	162,3	165	60	56,1	60,9	84,6	83,2	85

Женщины:

	Рост			Вес			Об'ем груди		
	Норма	Рабоч. подр.	Физк.	Норма	Рабоч. подр.	Физк.	Норма	Рабоч. подр.	Физк.
15 лет . .	150	148,2	150	40,4	47,1	46	73,7	74,4	74
16 „ . .	153	153,6	150	43,6	50,0	48,1	76,9	76,8	74,1
17 „ . .	155	151,8	152,5	47,3	51,1	50,6	78,7	76,8	74,5
18 „ . .	156	151,6	151	51	52,4	53,0	79,7	78,1	77
19 „ . .	157	150,7	151,5	52,3	53,3	54,0	80,3	78,3	78

Сравнение антропометрич. данных указывает, что в отношении роста и об'ема груди не только рабочие подростки, но даже физкультурники, физич. развитие которых лучше, стоят ниже нормальных величин. Такое же соотношение существует и по отношению школьников.

И так, хотя за последние годы имеется целый ряд достижений в санит. состоянии Бобр. округа (эпидем. естеств. движ. населения), но все же положение продолжает оставаться тяжелым. Коренным злом является санитарное неблагоустройство округа. Водоснабжение из шахтных или трубчатых колодцев, самое примитивное, артезианские колодцы (и то в городах) насчитываются единицами. В отношении удаления нечистот, не только села, но и города, не говоря уже об ассениз. полях, не имеют обычных свалочных мест. Система вывозки нечистот бочечная, ассобоз имеется только в Бобруйске, порой нечистоты закапываются во дворе. Обществ. уборных в округе нет.

Жилищное дело только дополняет общую тяжелую санитарную картину. В городе Бобр. миним. норма—1,1 кв. саж. на человека, на селе—крестьянская хата со всеми ее „прелестями"—низкий потолок, порой отсутствие пола, малое количество света, отсут. форточек, обычай держать животных в хате и в добавок огромная русская печь со всеми ее санит. недостатками. Санит. состояние школ в городах и в округе тоже чрезвычайно плохое из-за колос. перегрузки помещений, а порой вообще из-за занятий в неприспособ. зданиях.

Другие виды благоустройства—замощение улиц, постройка мостов, дорог, насаждение зеленой площади—(только в этом году принявших несколько большие размеры)—все еще недостаточно и население многих сел порой утопает в грязи. Положение банного дела тоже очень плохое (см. выше). Вдобавок ко всему санит. врачей—проводников и руководителей санит. работы—еще очень мало и санитарная организация еще слаба. Да и ассигнования на санит. организацию и санит. мероприятия еще слабы и малы по сравнению с требованиями и нуждами жизни.

При таком санитарном сравнительно тяжелом положении Бобр. округи требуются большие оздоровительные мероприятия, большего размаха санит. реформы, большие средства, чтобы действ. помочь той культурной революции, которая проводится и должна быть проведена на селе.

Начались ли уже эти крупные оздоровительные мероприятия? Да, начались. Вот наиболее крупные данные, которые проходят при тесном контакте органов Комхоза, Зем. органов и санорганизации:

а) *в отношении водоснабжения:* постройка водопровода в Бобруйске, постройка бетонных колодцев на селе (в 1926-27 г. выстр.—256 бет. колод.), проведены большие гидротехнич. работы, проводится изучение малярийных очагов и очагов заболев. брюшного тифа;

б) *в отношении жилищ. дела:* начало крупного жилищного строительства: по линии Жилкооперации выстроен в городе и округе за 2 года—90 кв., приступлено к постр. на 42 квар. 3 этажн. дома, и ремонт почти всех жилищ-арендных домов; по линии Комхоза—постройка вторых этажей на 2-х зданиях и мелкий ремонт целого ряда домов; по линии Земотдела—выстроено 8 огнестойк. домов, распланировано громадное количество новых поселков, открыты 6 бетон. мастерских; по линии школьн. строительства—проводится строительство 23 двухкомп. школ. и ремонт старых школ, строятся 4 новые больницы, выстроены 3 бани в сельских местностях, 3 ветлечебницы, 2 агропункта.

По линии благоустройства—замощено 30 тыс. кв. метров, построено большое колич., мостов, дорог, расплан. улиц,—на общую сумму 249.000 руб. По вопросам удаления нечистот—отведены в городах—свалочные места, разрабатывается проект ассенизационных полей, кроме того, на ремонт зданий Риков, с.-с. затрачено 38.604 руб., отремонт много клубов, нардомов и театров.

Началось и большое промышлен. строит.: строится большой деревооб. комбинат, произведен ремонт целого ряда заводов.

Итак, даже из этого короткого перечня видно, что оздоровит. мероприятия начались, а в этом залог успеха.

Конечно, санитарная организация принимала горячее участие во всех вопросах строительства. Первое время пришлось пережить период желания строит. органов отделаться от „назойливого" санитарного врача, но постепенно сан'организация завоевала себе положение и сейчас является необходимым участником на совещаниях у окр. инженера, в окрплане, жилкооперации, др. хозяйств. и обществ. организациях.

Тяжел и труден путь санит. врача, незаметны его успехи, часто несоответствующие колоссальным усилиям, но постепенно советы и обществ. организации проникаются мыслью, что санит. врач является необходимым сотрудником при проведении оздоров. мероприятий по линии строительства. Правда, ему часто нехватает сан. технических знаний (на эту сторону надо обратить сугубое внимание), но все же в отношении Бобр. округа надо сказать, что санит. врач завоевал себе должное место при проведении вопросов оздоровления города и села.

О хирургической заболеваемости населения бывшего Калининского округа по материалам Климовичской районной б-цы *)

Заневский

В настоящем докладе я попытался на основании цифрового материала хирургических и гинекологических больных, прооперированных в Климовичской райб-це за год с 1 февраля 1927 года по 1 февр. 1928 г., нарисовать картину хирургической заболеваемости населения как укрупненного района (78.691 нас.), так и прилегающих к нему других районов бывшего Калининского округа, для которого Климовичская б-ца служила центром тяготения всех больных, нуждающихся в хирургической помощи. По работам некоторых авторов (Волков, Селецкий, Понкратьев, Зеров) можно составить представление об условиях работы в смысле оказания хирургической помощи населению в РСФСР, Украине и Сибири, в Белоруссии же аналогичных работ, рисующих постановку хирургического обслуживания населения на селе, почти что не имеется, если не считать моей статьи про условия работы в Червенской райб-це (Бел. Мед. Мысль № 10-11). Из сопоставления условий работы в Минском и Могилевском округах у меня получилось цельное представление о положении врача-хирурга на селе, в частности в Белоруссии. Хотя Климовичи и числится городом (6.684 нас. на 1 января 1926 года), но весь уклад жизни в нем, занятие населения по преимуществу земледелие и кустарный промысел, мало чем разнится от местечек Белоруссии и тем более больших сел РСФСР (я сравниваю, напр., села Бузулукского уезда, где мне приходилось работать в качестве земского врача в первые годы моей деятельности). Контингент больных больницы по преимуществу крестьяне и % застрахованных в отношении пользования стационарной помощью не велик, прибл. 10%, поэтому наш цифровой материал относится к крестьянам, отличающимся от рабочих и служащих тем, что среди них наблюдались свойственные занятиям и бытовым особенностям хирургические заболевания. Заболеваемость рабочих хирургическими болезнями полно обрисована во многих ст. ст. (моя ст. Бел. Мед. Думка № 2 3), заболеваемость же хирургическая крестьян мало обработана и оценка хирургической деятельности б-цы отчасти восполнит этот пробел.

Климовичская б-ца на 75 штатных коек, из которых 10 глазных, 15 заразных, 5 венерических, 15 родильно-гинекологических. 20-25 хирургических и 5-10 терапевтических, обслуживает почти все районы бывшего Калининского округа (301.531 населения) за исключением Мстиславского и Рясненского районов, отошедших к Оршанскому округу (в Мстиславской б-це в настоящее время имеется хирург). Радиус обслуживания от 25—70 верст. Несмотря на вынужденную

*) Доклад прочитан в научном кружке врачей г. Климовичи.

ограниченность количества хирургических и гинекологических коек, нами все-таки принимались меры к увеличению количества коек и сверх положенных по штату лежало в среднем 10-15 больных; в летние месяца в виду меньшего наплыва больных количество коек доводилось до нормы, но очень редко случалось, когда в больнице пустовали койки, даже в самое горячее для крестьян время (полевые работы, сенокос, жатва).

Работа в хирургическом и родильно-гинекологическом отделениях протекала при 3 врачах. Большинство операций падает на февраль—апрель, 74—54 в месяц, меньшее количество операций произведено было в летние месяца, осенью и в начале зимы, с одной стороны отпускная компания, с другой полевые работы и, самое важное, перебои в марли были причиной уменьшения количества операций в названное время.

Через хирургическое отделение, в котором также лежали и терапевтические больные, прошло за год 710 больных, через родильно-гинекологическое 494, из которых родильниц 258 и через терапевтическое 348, так что терапевтические б-ые составляют 34,6% всех б-ных, кроме заразных и глазных. Этот специально хирургический уклон диктовался жизнью, так как, кроме Климовичей, в бывшем Калининском округе нигде не делались операции (в Мстиславле в последнее время имеется хирург) и естественно была большая нужда в хирургической помощи, которая, кстати сказать, оказывалась совершенно недостаточно, имелись многочисленные случаи отказов из-за недостатка мест.

Последнее обстоятельство явилось причиной поступления в б-цу больных с запущенными заболеваниями, так как слух, распространяемый больными, получившими отказ в госпитализации, быстро доходил до них и больные, потеряв надежду на возможность попасть в б-цу, лечились дома у знахарей, либо оставались без всякого лечения. Это подмечено и другими хирургами, имеющими дело с крестьянским населением (Зеров). Наш вывод: для лучшей постановки хирургической помощи на селе необходимо увеличить количество хирургических коек при существующих больницах и на некоторых участках оборудовать б-цы так, чтобы там могли производиться хотя-бы несложные операции, что разгрузило-бы несколько специальные хирургические отделения от массовых гнойных больных, которых волей-неволей приходилось класть, раз их привозили за 30—40 верст и отказать в госпитализации таким больным было-бы полным бессердечием. Из-за недостатка хирургических коек приходилось выписывать преждевременно б-ных с гнойными заболеваниями для дальнейшего лечения в участковых больницах, хотя, как мне известно, во многих участковых б-цах стерильного перевязочного материала не имеется и перевязки в большинстве делались нестерильным материалом.

Через хирургическое отделение в месяц проходило 57 больных, через родильно-гинекологическое 49 и терапевтическое 24 и в среднем хирургический больной проводил 20 коек-день, гинекологическая б-ая—6, терапевтический—10,5, заразный б-ой—11 и глазной—9. Эти цифры высчитаны за 9 месяцев и приведены для сравнения, чтобы показать, что хирургический больной для госпитализации требует большего количества дней, нежели больной с другой болезнью.

За год нами проделано 523 хирургических, операций, 81 гинекологических, абортов и выскабливаний—613, операций при патологических родах—27 (сюда включены 7 наложений швов при разрывах про-

межности во время родов) всего 1244, кроме того, амбулаторных операций в больнице проделано—123 (данная цифра не совсем точна, так как при спешке в работе и при смене дежурного среднего персонала часть операций не записывалась и эта цифра должна быть увеличена).

Последний цифровой материал показывает нам, что при большой настойчивости хирурга даже при ограниченном числе коек, недостаточном штате и оборудовании, на районе может проделываться относительно большая хирургическая работа.

В приведенном ниже материале операции распределены по областям.

Операции на голове и в полости рта

Травматическое повреждение черепа	11
Гемипарез после травмы и эпилепсии	1
Носоглоточных полипов	3
Мостоидитов	7
Эмпиема Гайморовой полости	1
Свищ околоушной железы	1
Энуклеация глаза	2
Искривление носовой перегородки	1
Перелом нижней челюсти	1
Смешанная опухоль околоушной железы	1
Киста под'язычной железы	2
Рак щеки	3
Ангиома в полости рта	1
Седлообразный нос	1
Резекция верхней челюсти по поводу саркомы ее	1
Водянка головного мозга	1
Epulis	2
Резекция языка по поводу tbc	1
Рак нижней губы	7
Волчья пасть и заячья губа	4
	52

В отделе операций на голове заслуживает внимания травматические повреждения черепа в большинстве у мужчин, полученные от драки во время крестьянских пирушек. Из 12 оперированных по поводу перелома черепа, при чем операция состояла в лоскутном дугообразном разрезе с удалением осколков, трепанации при вдавлении, обратной пересадке наиболее больших отломков, вырезывании краев раны и глухом шве при условии ранней доставки в б-цу, в остальных тампон на пару дней, умерло двое. У одного муж. 25 лет после травмы в левую теменную область появился парез правой половины тела и частые эпилептические припадки; ему произведена была операция дважды. В первый раз было обнаружено вдавление сросшейся при переломе кости; твердая мозговая оболочка припаянная тесно к кости на известном протяжении, была рубцово перерождена и давила на мозговую ткань. Вдавленная кость была растрепанирована, рубец твердой мозговой оболочки, проникающий в мозг, был удален. Глухой шов. В послеоперационном периоде эпилептические припадки стали реже и явления паралича стали проходить, но через месяц эпилептические припадки возобновились с прежней силой и явления паралича стали стойкими. При второй операции спустя $1^1/_2$ месяца после первой были обнаружены вновь рубцы, сросшиеся с мозговой тканью, последние были вырезаны и на раневую поверхность был положен сальник и рана зашита наглухо. В последующее время появилась мозговая грыжа, нагноение и больной погиб от менингита через месяц

после второй операции. Во втором случае при ранении топором в области лобной кости у муж. 45 лет была повреждена мозговая ткань; больной находился в бессознательном состоянии. При операции обнаружено обширное повреждение мозговой ткани и смерть наступила на третьи сутки при явлениях менингита. Из 7 оперированных мастоидитов в одном случае наступила смерть от гнойного менингита, с которым б-ой и был доставлен в больницу.

Заслуживает особого внимания случай мастоидита, кончившийся выздоровлением, при операции которого был обнаружен гнойник в височной области. В случае свища околоушной железы под углом нижней челюсти на почве перенесенного воспалительного процесса была применена операция закрытия свища по Сапожкову, давшая благоприятный исход. При водянке головного мозга у годовалого ребенка с громадной шарообразной головой и большим расхождением родничков была применена лимфангиопластика по проф. Соколовскому (дренирование нижнего рогабокового желудочка жировой подстилки Биша). После операции размеры головы стали меньше и больной был выписан, дальнейшая его судьба неизвестна. При волчьей пасти и заячьей губе была применена пластика твердого неба по Линбергу, при чем одна больная девушка 20 лет была оперирована дважды, твердое небо восстановить удалось, но фонетический эффект операции был слабый, так как не была применена по совету Линберга каучуковая пластинка в послеоперационном периоде, в другом случае при большой расщелине твердого неба у ребенка $2^1/_2$ лет получился неполный эффект. Энуклеация глаза была произведена в одном случае по поводу травмы, в другом по поводу рака нижнего века приросшего в глазное яблоко. При седлообразном носе была применена хрящевая пластинка, получился красивый римский нос у девушки 29 лет (хрящевую пластинку особенно рекомендует д-р Мангейм).

Операции на шее

Трахеотомий	4
Удаление tbc желез шеи	3
Резаная рана гортани и пищевода	1
Извлечение инородного тела—дроби	1
Удаление липомы	2
Зобов	4
	15

Из 4 трахеотомий две были произведены у детей при дифтерии с одною смертью от основного заболевания, в двух других по поводу стеноза на почве tbc. Смертью кончился случай с перерезкой гортани и пищевода с целью самоубийства у муж. 28 лет, которому была наложена гастростомия для искусственного питания, ранение случайно не задело крупных сосудов на шее. Несмотря на своевременно принятые меры—швы с тампонадой и искусственное кормление б-ной погиб от аспирационной пневмонии через 4 дня. Из 4 случаев оперированных зобов в одном наблюдалось кровоизлияние в один из больших узлов. Случаев кровоизлияния в зоб описано в литературе немного. Данный случай относится к женщине 30 лет, у которой после под'ема тяжести внезапно опухоль на шее стала увеличиваться и достигла размеров в яблоко. Обратилась она в б-цу ввиду наступившего сдавления трахеи. Из Ферганской обл. б-цы приведено на 42 случая разных зобов 3 случая гематом зоба.

Больных с зобами в нашем районе не так много, но приходится отметить, что на операцию такие б-ые не особенно охотно соглашаются.

Операции на грудной клетке

Удаление липомы	2
Рак грудной железы	2
Туберкулез ребра	1
Гнойных плевритов	8
	13

В этой группе операций на 8 гнойных плевритов приходится один случай резекции нескольких ребер по Шеде с целью излечения застарелой эмпиемы, случай кончился выздоровлением. Применение проколов для высасывания гноя мы оставили, так как в конце концов без резекции ребра дело не обходилось. Этого взгляда держится и Саратовская госпитальная хирургическая клиника.

Операции на верхних и нижних конечностях

Перелом плеча в верхней трети вблизи эпифиза . .	1
Резекция локтевого сустава по поводу tbc . .	1
Кровавое вправление вывиха плечевого сустава . .	1
Саркома мягких тканей плеча . . .	1
Экзартикуляция пальца по поводу остеохондромы . .	1
Варикозное расширение вен бедра и голени. . .	3
Остеомиэлитов	54
Вправление вывиха тазобедренного сустава . . .	5
Резекция коленного сустава по поводу tbc . . .	1
Ампутации бедра по поводу осложненного пе-елома бедра и голени.	1
Ампутация голени по поводу травмы и tbc голен. сустава	2
Резекция голеностопного сустава по поводу tbc . .	1
Вырезывание язвы голени	1
	73

Для лечения варикозного расширения вен бедра и голени нами была применена в одном случае операция по Бобкоку, в другом перевязка вены сафена с удалением больших узлов, в третьем оперировали по Венцелю. В двух случаях б-ые выписались с почти зажившими язвами, в третьем случае язва очень медленно подживала и особого эффекта от операции мы не видели. Остеомиэлиты чаще всего наблюдались у детей и в юношеском возрасте, в цифру 54 операций по поводу остеомиэлитов входят не только операции на верхних и нижних конечностях, но и на нижней челюсти, но последних было немного. В одном случае была комбинация остеомиэлита и ложного сустава в области левой плечевой кости после огнестрельного ранения; операция кончилась после длительного лечения полным сростанием в области ложного сустава. На все 54 случая остеомиэлитов падает 3 смерти, в двух случаях смерть можно отнести за счет хлороформенного наркоза у девочки 12 лет и муж. 22 лет, в третьем случае смерть наступила от сепсиса у ребенка 8 лет. Также кончилась неблагополучно ампутация бедра у муж. 70 лет, предпринятая по поводу осложненного перелома бедра и голени, от сепсиса. В 5 случаях вправления вывиха тазобедренного сустава был применен способ Джанелидзе—в 3 случаях с общим наркозом и в 2 без всякого наркоза. Интерес представляет

задний вывих (промежностный) бедра, который удалось вправить комбинацией способа Джанелидзе с поворотом и вращением бедра кнаружи; шестой случай застарелого вывиха бедра с 4-х месячной давностью нам вправить не удалось, от кровавого вправления б-ой отказался. В случае с вырезыванием язвы голени наступило поразительно быстрое выздоровление у б-ного, страдавшего язвой голени около 7 месяцев.

Операции на животе и брюшной полости

Гастро-энтероанастомоз по поводу язвы желудка и duodeni	13	
Резекция желудка по поводу язвы малой кривизны Бильрот I	1	
Резекция желудка по поводу рака Бильрот II	1	
Пробная лапоротомия при раке желудка	4	
Опущение желудка	2	
Апендицитов	55	
Лапоротомия по поводу туберкул. перитонита	1	
Холециститов	5	
Проникающая резаная рана в живот	1	
Блуждающая почка	1	(применена физиологическая фиксация почки по Розе) через лапоротомию
Спленэктомия по поводу болезни Базета	1	
Подкожный разрыв мочевого пузыря	1	
Острая кишечная непроходимость	10	
Выпадение прямой кишки	3	
Геморрой	7	
Сужение заднего прохода	2	
Расхождение прямых мышц живота	1	
Врожденное зарощение заднего прохода	2	
Грыжесечений	172	
Из них: бедренных—6, пахо мошоночных—141, белой линии живота—9, послеоперационная желч.-кам. болез.—1, пупочная—1, рецидивных—8 и ущемленных—16: бедренных—5, паховых—2, остальные пахо-мошоночн., сделано 4 резекции тонких кишек Гипернефрома	1	
	285	

При лечении язв желудка и duodeni мы придерживались в большинстве случаев консервативного метода (лечение по Яроцкому), поэтому в нашем материале оперированных б-ых сравнительно немного; мы накладывали при яззах желудка и duodeni заднее соустие по Гакеру с короткой петлей в один этаж; резекция желудка, являющаяся более радикальной операцией, была нами применена в двух случаях, в одном при язве малой кривизны (Бильрот I) с успехом, в другом при раке (Бильрот II), но больной погиб от раковой кахексии. Принципиально мы держимся взгляда оперировать язвы помощью резекций, но в условиях нашей больничной обстановки лучше накладывать соустие, дающее меньший процент смертности. В двух случаях опущения желудка, мы применили q-e-a, считая, что всякие пексии в конце концов цели не достигают и желудок вновь опускается. Саратовская клиника убедилась в одном случае повторной операции, что пришитый к печени при прежней операции желудок вновь опустился. В одном случае после q-e-a, при птозе женщины 45 лет наступила смерть от двухсторонней пневмонии. Смертные случаи наблюдались в 3 случаях при раке желудка, где пробной лапоротомией убедились, что раковый процесс диссеминировался по всей брюшной полости, а в одном была перфорация раковой язвы и общий раковый перитонит. Смертью кончилась спленэктомия у мужч. 48 лет, страдавшего болезнью Банти в III стадии при асците, миокардите и эмфиземе легких, смертью

кончились 4 случая острой кишечной непроходимости: во всех этих случаях были завороты, гангрена кишек и явления общего перитонита. В одном случае наступила смерть от разлитого перитонита при гнойном апендиците; вскрытие и дренирование брюшной полости были запоздалыми. Умерли также 2 больных с ущемленными грыжами при явлениях перитонита (мужч. 32 лет пахо-мошоночная грыжа давностью 3 дня и бедреная грыжа у м. 50 давностью 4 дня—в обоих случаях понадобилась резекция). В случае гипернефромы правой почки было при лапоротомии обнаружено, что опухоль проросла, печень и попытки к удалению не увенчались успехом. На вскрытии обнаружено, что опухоль так была интимно связана с печенью, что об удалении и речи быть не могло, одновременно найден метостаз в правом легком. Смертью также кончился случай инвагинации тонкой кишки в слепую у мужч. 53 лет. В данном случае б-ой был положен на операционный стол под диагнозом острый холецистит, во время операции был удален напряженный и наполненный слизисто гнойной жидкостью желчный пузырь, через пару дней больной неожиданно для нас скончался; на вскрытии была обнаружена перфорация на месте инвагинации тонкой в слепую и в данном случае была комбинация холецистита с инвагинацией, о которой во время операции не предполагали. Заслуживает внимания подмеченный нами факт связи апендицита с ахиллией в двух случаях оперированных под диагнозом рака либо язвы; на операции же желудок макроскопически не был изменен, удаленный червеобразный воспаленный отросток избавил больных от всех жалоб, в дальнейшем их приходилось наблюдать, они ни на что не жалуются; в двух других случаях нами была подмечена связь апендицита с язвой, на операции язвы не оказалось и удаленный червеобразный отросток устранил все жалобы. Заслуживает упоминания также случай с грыжей мочевого пузыря у мужч. 43 лет (мочевой пузырь был принят за мешок, был вскрыт.—Гладкое выздоровление); интересны два случая скользящих грыж слепой кишки и случай хронического апендицита в грыже.

Операции на мочеполовой системе

Туберкулез почки	2
Паранефритов	3
Гидроцеле	11
Туберкулез яичка	2
Фимоз	3
Парафимоз	1
	22

В этом отделе заслуживает внимания удаление в одном случае у б—ого 20 лет пионефротической почки с голову взрослого человека через поясничный разрез (случай описан) и другой случай нефрэктомии туберкулезной почки у ребенка 11 лет; при операции в виду невозможности цистоскопировать была обнажена одна почка, затем другая и удалена увеличенная и макроскопически измененная почка. Выписался с палочками tbc в моче, так что вторая почка у него, повидимому, также поражена. Сведений о нем мы не имеем.

Гинекологические операции

Подшивание матки по Koteру со стерилизацией при пролапсе	31
Экстирпация матки полная при пролапсе	12
Киста яичника	9
Экстирпация матки по поводу фибромиомы	5
Экстирпация матки по поводу метро-эндометрита с гнойным сальпингоофоритом	1
Сальпингоофоритов односторонних	.
Экстирпация матки по поводу разрыва при беременности	2
Влагалищное кесарское сечение при предлежании последа	1
Пузырно-влагалищный и ректовагинальный свищ	1
Экстирпация матки по поводу рака ее	1
Удаление кисты Бартолиниевой железы	1
Retroflexio uteri	1
Влагалищное удаление рождающейся миомы	1
Внематочная беременность	4
Кесарское сечение при предлежании последа	1
Полип шейки матки	1
Выпадение передней и задней стенок влагалища	1
Параметритов	3
Разрыв промежности	2
	81

В этом отделе операций наблюдались следующие смертные исходы. В двух случаях экстирпации матки при пролапсе, осложненном гнойным сальпингоофоритом у крайне истощенных женщин 50 и 55 лет, в двух случаях разрыва матки при беременности наступила смерть, так как больные были доставлены с явлениями перитонита. Извлечение плода, плаценты и полная экстирпация матки в одном из этих случаев не спасло больную от летального исхода, в другом случае ограничились зашиванием матки. В одном случае кесарского сечения при предлежании плаценты также наступила смерть, так как больная была доставлена почти обезкровленная и несколько капель хлороформа, данные при операции, привели к летальному исходу. Успели при операции только извлечь мертвый плод и послед, а зашивание брюшной стенки делалось на мертвой. В случае пузырно-влагалищного и ректо-вагинального свища пластическая операция успеха не имела. Предложено больной вновь приехать для новой операции. В одном случае у больной с гнойным параметритом наступил летальный исход от сепсиса.

Операции разные

Вскрытие холодных абсцессов	4
Вскрытие абсцессов горячих и флегмон	34
Наложение швов при ранах	22
Вскрытие гнойных гонитов	3
Патологических родов, кроме упомянутых выше лапоротомий наблюдалось	20
Поворот на ножку	7

Наложение щипцов	6
Перфорация головки на мертвом плоде	3
Ручное отделение последа	3
Прокол водного пузыря	1
Наложение швов при разрывах промежности во время родов	7
	110

Выскабливаний сделано 613, из них:

По поводу социальных абортов и начавшихся	545
По поводу эндометритов	49
Расширение при collum conicum	18

На 604 хирургических и гинекологических операций, кроме выскабливаний, всего приходится 30 смертей, что составляет несколько более 4 проц.

Кроме 30 послеоперационных смертей наблюдались в хирургическом и гинекологическом отделениях 5 смертей от послеродового сепсиса, 19 смертей от хирургических болезней у больных, не подвергавшихся операциям (перитониты, сепсисы, ожоги и пр.), в терапевтическом отделении умерло за это время 22 больных.

Просматривая наш операционный материал и делая ему определенную оценку, можно притти к интересным выводам. Прежде всего в нашем материале поражает обилие грыж. Хотя в этнологии грыж играет роль и конституциональные особенности, но не без влияния на возникновение грыж оказывает и тяжелый крестьянский труд. Работами проф. Голяницкого, интересующегося зависимостью возникновения некоторых хирургических заболеваний от профессиональных вредностей, выяснено появление большого количества грыжевых больных среди носильщиков тяжести, к этому надо добавить, что крестьяне в силу своих занятий при трате энергии до 7000—8000 калорий (работники легкого физического труда тратят 2400—3000 калорий, при средней тяжести физического труда 3400 калорий) наиболее предрасположены к этому заболеванию и по праву грыжа должна считаться профессиональной болезнью крестьян.

Второй вывод напрашивается—обилие больных с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, хотя как будто операционный наш материал и не велик, но это об'ясняется строгим подбором случаев; мы придерживаемся того взгляда, что оперировать следует при сильных спазматических болях, видимой перистальтике, рвотах, когда на лицо явления ctenosa, при язвах длительного происхождения и при таких клинических проявлениях, когда констатируется язва, близкая к перфорации, в остальных случаях мы лечили не без успеха терапевтически; некоторые больные, не принимавшие пищи из-за боязни болей после такого курса лечения поправлялись. Если-бы оперировать без разбора все случаи язв желудка duodeni, то материал был бы значительно большим. Вспомним материал Успенского 1600 случ., у других хирургов значительно меньший и это об'ясняется не тем, что Успенскому пришлось работать в местности, где язва желудка являлась чуть не эпидемическим заболеванием по распространенности, а тем, что оперировались без строгого подбора все случаи с подозрениями на язву желудка. За последнее время не наблюдается такого увлечения этой операцией. Нами подмечена определенная зависимость пищевого режима на возникновение язвы и апендицит; мясная пища способствует более появлению апендицита, грубая крестьянская пища—язве желудка.

Стоявшая в Климовичах воинская часть показала, что многие красноармейцы из крестьян после перехода на мясной стол стали определенно чаще заболевать апендицитами, при чем часть подверглась оперативному лечению. Наш материал сравнительно беден холециститами и это об'ясняется тем, что среди крестьян тучных особ меньше, а желчно-каменная болезнь в большинстве случаев бывает у женщин и при том у страдающих пониженным обменом веществ; с другой стороны крестьяне не особенно охотно соглашаются на операцию удаления желчного пузыря. Из нашего материала можно также заключить про обилие случаев травматических повреждений. На сельско-хозяйственный травматизм в связи с проникновением сельско-хозяйственных машин в последнее время стали обращать внимание аналогично промышленному травматизму; здесь следует отметить частоту повреждений у детей, оставляемых взрослыми без всякого надзора и нередко бывали случаи отрывов пальцев, разможжение кости от молотилок у них; встречаются также и повреждения, получаемые как взрослыми, так и детьми от домашних животных, так в одном случае женщина получила ранение живота без повреждения внутренностей рогом быка, случаи переломов голени от удара копытом лошади также встречается нередко.

Воспалительными процессами крестьяне заболевают несколько больше, чем рабочие и это об'ясняется условиями жизни у крестьян, отсутствием бань; очень часты случаи колотых ранений стопы, дающих впоследствии обширные флегмоны, вследствие не употребления обуви в летние месяца, тогда как рабочие босиком ходят реже. Меньшее количество воспалительных заболеваний у городского населения об'ясняется лучшими гигиеническими условиями и регулярным посещением бань. В отношении злокачественных новообразований заключить об определенной зависимости образа жизни, занятий и пр. на их возникновение трудно, так как заболеваемость злокачественными новообразованиями как у крестьян, так и у других групп населения, повидимому, одинакова; тут играют роль определенные наследственные факторы, как самодовлеющие, а некоторые привходящие моменты, как то травма, профессиональная вредность и пр. в качестве этиологических факторов ставятся на последнее место (Петров). До настоящего времени еще вопрос об опухолях, несмотря на обилие работ, не разрешен. Собирая анамнез у 7 больных, оперированных по поводу рака нижней губы, удалось выяснить, что они трубки никогда не курили, хотя имеются литературные указания, говорящие за частоту возникновения рака нижней губы у курильщиков трубки; мы этой зависимости подметить не могли. Из нашего материала видно, что случаев рака матки было немного; мы не особенно охотно соглашались на операцию, так как в большинстве случаев получались рецидивы после операций, которых мне пришлось видеть не мало в больнице для хроников и после этого у меня отпала всякая охота оперировать; этого взгляда держатся представители гинекологических кафедр (Выдрин). В виду малой культурности населения, а также благодаря употреблению спиртных напитков (самогон) во время всевозможных пирушек среди крестьян наблюдались частые случаи драк, иногда кончавшихся смертью. Особенно часты повреждения головы, поражает обилие выдачи справок о побоях, что обусловливается экономической отсталостью крестьян. Известен, напр., случай когда один крестьянин при разделе имущества зарезал своего брата, отца и тяжело ранил ребенка. Среди городского населения такие случаи являются значительно реже. Нужна еще неустанная культурная работа среди крестьян, нужно еще укрепление экономической мощи крестьянства и методическая борьба с алкоголиз-

мом, чтобы победить эту раз'едающую социальную язву, но в ближайшее время хирургу на селе еще часто придется встречаться со случаями травматических повреждений в результате драк. Эквивалентом грыжи у мужчин и женщин наблюдается выпадение влагалища и матки и наш операционный материал подтверждает это. За год прооперировано было 43 б-ных, при чем в 12 случаях была применена экстирпация, так как после ранее им произведенного подшивания пролапс вновь появился. Обилие пролапсов об'ясняется тяжестью крестьянского труда, ранним вставанием после родов и отсутствием рациональной акушерской помощи. Для профилактической борьбы с данным патологическим состоянием следует увеличить сеть акушерских пунктов и приблизить родовспоможение к крестьянке, так как еще и в настоящее время к акушеркам для проведения родов обращаются мало.

Напрашиваются следующие выводы:

1) Хирургическое обслуживание населения Климовичского укрупненного района недостаточно

2) Необходимо усиление специальной хирургической помощи и расширение хирургического отделения больницы.

3) Необходимо пополнить инструментарий б-цы и приобрести приборы для исследований и диагностики.

4) Необходимо организовать в округе специальную больницу для костно-суставного туберкулеза.

5) Продвинуть хирургическую помощь ближе к населению, для чего в некоторых участках организовать хирургические отделения с полным оборудованием и приглашением хирурга, освободив его от общего приема и раз'ездов по району.

6) Необходимо поставить при больнице рентгеновскую установку.

Из кабинета кожных болезней Центрального Детского Диспансера.
(Главный врач З. С. Левин)

Кожные заболевания среди детей г. Минска *)

Я. Е. Кантор

Среди основных национальностей г. Минска, белоруссов и евреев наиболее распространены кожные заболевания вообще и грибковые заболевания кожи в особенности. Невежество и угнетенность в недавнем прошлом белорусского крестьянина, бедность и скученность еврейского населения бывшей черты оседлости являлись могучими факторами в деле распространения вышеуказанных заболеваний. Желание проверить этот факт и явилось стимулом для разработки имевшегося в нашем распоряжении материала.

За отчетный период через кожный кабинет Ц. Д. Д. прошло 7.798 первичных больных.

Материал этот и разработан нами по прилагаемым при сем табл.

Таблица 1

		Колич.	%
Всего		7798	100
Пол	Мальч.	3715	47,7
	Девоч.	4088	52,3
Национальн.	Евреи	4356	55,9
	Белор.	2715	34,9
	Поляки	319	4,1
	Русск.	317	4,1
	Проч	91	1,0
Возраст	До 1 г.	325	4,2
	От 1—8 л.	2780	35,7
	„ 8—15	3817	48,9
	Выш. 15 л.	876	11,2
Где жив.	У родит.	6735	86,4
	Дет. дом.	867	11,2
	У чужих	40	0,5
Соц. пол. корм.	Рабоч.	3854	49,4
	Служ.	1461	18,7
	Кустар.	642	8,2
	Крест.	477	6,1
	Нетруд.	400	5,1

По полу наши больные распределились приблизительно поровну: 47,7% (3715) мальчиков и 52,3% (4088) девочек.

Что касается национальности, то первое место занимают евреи (55,9%), второе—белоруссы (34,9%), дальше идут поляки и русские (по 4,1%) и на последнем месте—прочие (1,0%). Если принять во внимание, что по официальным данным количество еврейского населе-

*) Доложено в Дермато. Венерологическ. Секции Научн. О-ва Минских врачей.

ния г. Минска составляет около 50%, белорусского—около 40% и всех остальных национальностей—10%, то мы должны притти к заключению, что относительный % заболеваемости кожными болезнями среди евреев выше, чем среди других национальностей.

В возрастном отношении (см. табл. I) материал был нами подробно разработан только до 15 летнего возраста. Хотя количество больных старше этого возраста составляет довольно большой процент (11,2%), мы не считали необходимым разработку этой категории больных, как выходящих из рамок поставленной перед нами задачи. Изучая распределение больных по возрасту, мы видим, что, хотя они распределяются приблизительно одинаково по всем возрастным группам, все же в старшей группе больных больше, чем в младшей. Если сложить количество больных до 8 лет, это даст в сумме 39,9%, а от 9 лет и старше—60,1% всех больных. Такое увеличение идет, как мы увидим в дальнейшем, главным образом, за счет инфекционных заболеваний, которых среди детей школьного возраста, по вполне понятным причинам, больше, чем среди детей младшего возраста

Из следующей рубрики „где живет" вывести какие-либо исчерпывающие данные нам не представляется возможным, так как у нас нет данных о процентном отношении детей дет. домов к детям, живущим у родителей. Мы все же можем отметить небольшой процент больных детей детдомов (11,2%), что вполне согласуется с нашими наблюдениями за почти годичный период работы в Ц. Д. Д. Нам не припоминается ни одного случая за все это время прихода больного из какого-нибудь детдома с какой-либо запущенной формой болезни, особенно инфекционной. Это безусловно говорит за то, что санитарный надзор в детских домах находится в удовлетворительном, если не сказать больше, состоянии.

Наконец, в последнем отделе мы должны отметить, что половина всех больных—это дети рабочих (49,4%) и что очень незначительный процент для нашей крестьянской страны составляют дети крестьян (6,1%). И то, и другое обстоятельство следует, конечно, об'яснить тем, что наш материал представляет собой материал городского лечебного учреждения, где очень большая часть населения состоит из рабочих, и что ближайшие деревни отстоят на 5—10 и больше верст от Ц. Д. Д.

Таблица 2

Чесотка		Колич.	%
Всего		1080	100
Возраст	До 1 года	5	0.5
	От 1—8 лет	222	20.4
	„ 8 15 л.	718	66.6
	Выше 15	135	12,5
Где жив.	У родител.	992	91.9
	Дет. дом.	81	7.5
	У чужих	7	0.6
Соц. полож. корм.	Рабочий	635	58.8
	Служащ.	165	15.3
	Кустарь	80	7.4
	Крестьян.	55	5.1
	Нетрудов.	67	6,2

По профессору Никольскому чесотка в России занимает более одной трети всех кожных заболеваний, по нашим данным процент чесоточных больных равен 13,8% (см. табл. 7). Количество больных чесоткой девочек (57,6%) превышает количество больных мальчиков (42,4%). Это обстоятельство, конечно, нельзя об‘яснить меньшей чистоплотностью девочек по сравнению с мальчиками. Ежедневные наши наблюдения на амбулаторном приеме говорят скорей о противном, а потому больший процент больных чесоткой девочек, нам кажется, следует об‘яснить особенностью их одежды (короткие рукава, открытая шея), благодаря которой у них тело больше обнажено, чем у мальчиков. По национальности и здесь на первом месте идут евреи (55,5), затем белоруссы (32,4), за ними поляки (6,4) и русские (4,1) и, наконец, прочие (1,6).

По возрасту и социальному положению кормильца (см. табл. 2) мы наблюдаем те же соотношения, что и в табл. 1. В рубрике „где живет“ еще больше, чем в таблице 1, бросается в глаза незначительный процент больных чесоткой детей дет. домов (7,5%).

Таблица 3

Грибковые заболевания

		Парша головы		Парша тела		Трихофит. гол.		Трих. тела	
		Колич.	%	Колич.	%	Колич.	%	Колич.	%
	Всего	1.114	100	4	100	1.197	100	164	100
Пол.	Мальчиков	595	53,4	1	25.0	623	52,0	63	38,4
	Девочек	519	46,6	3	75,0	574	48,0	101	61,6
Национальн.	Евреи	631	56,6	4	100	723	60.4	78	47,6
	Белорус.	435	39.0	—	—	369	30,8	62	37,8
	Поляки	10	0,9	—	—	41	3,5	10	6,1
	Русск.	30	2,7	—	—	61	5,1	8	4,9
	Прочие	8	0,8	—	—	3	0,2	6	3,6
Возраст	До 1 года	3	0,3	—	—	8	0,7	6	3,6
	от 1—8 лет.	310	27,7	—	—	535	44,8	65	40,0
	„ 8—15 „	602	54,1	3	75,0	634	52,8	82	49,6
	Выше 15 „	199	17,9	1	25,0	20	1,7	11	6,8
Где живет	У родит.	720	64,3	2	50,0	986	82,4	148	90,2
	Дет. дом.	295	26,5	1	25,0	200	16,7	14	8,5
	У чужих.	17	1,6	1	25,0	3	0,2	—	—
Соц. пол. кормил.	Рабоч.	306	27,5	2	50,0	518	43,3	73	44,6
	Служащ.	81	7,3	1	25,0	192	16,0	51	31,2
	Кустарь	109	10,7	—	—	145	12,1	12	7,2
	Крестьян	215	18.3	—	—	35	2.9	5	3,0
	Нетрудов.	62	5,6	—	—	91	7,6	4	2,5

Изучая таблицу 3-ю, то-есть грибковые заболевания, мы видим в распределении больных по полу известную закономерность. В то время, как при фавусе и трихофитии головы количество мальчиков (53,4% и 52%) превышает количество девочек (46,6% и 48%), при тех же заболеваниях других частей тела замечается обратное явление, количество больных девочек (75% и 61%) превышает количество мальчиков (25% и 39%). Что касается последнего обстоятельства, то его следует, нам кажется, об'яснить тем же, чем мы об'яснили большее количество больных чесоткой девочек, а именно особенностью их одежды (? Ред.). Что же касается преобладания количества мальчиков над девочками при грибковых заболеваниях головы, то мы должны принять во внимание, что как фавус, так и трихофития первоначально поражают кожу, а уже затем проникают в корни волос. Отсюда понятно, почему мальчики чаще подвергаются заболеванию фавусом и трихофитией головы, чем девочки, так как доступ к коже головы у коротко остриженных мальчиков легче, чем у длинноволосых девочек (? Ред.). В том, что неравномерное распределение грибковых заболеваний по полу, как видно из нашего материала, не является случайным, нас убеждает то обстоятельство, что наши данные по этому вопросу сходятся с данными других авторов. В работе профессора А. Г. Лурье и д-ра А. Г. Рабиновича „О трихофитиях в некоторых дет. учреждениях г. Киева и его окрестностей" (сборник „Грибковые заболевания" под редакцией д-ров Брамсона и Подвысоцкой) мы встречаем следующий абзац: „Влияние пола на заболеваемость (трихофитией *Я. К.*) прослежена в нормальных учреждениях городов. Богуслава, Староконстантинова, Проскурова и, поскольку возможно, в фавозных учреждениях. Везде ясно заметно преобладание заболеваемости среди мальчиков". Приводимые дальше в этой работе цифровые данные вполне подтверждают вышесказанное. По данным д-ра Быховского в его работе „Борьба с фавусом и трихофитией за время с 1920 по 1923 г. по материалам Киевского Рентгеновского Института" (тот же сборник) среди всех прошедших за указанный период больных было мальчиков 55%, а девочек 45%.

Что касается влияния национальности на распределение грибковых заболеваний, то опять-таки, как и у вышеуказанных авторов, так и у нас количество евреев превалирует над всеми другими национальностями.

В отношении возраста среди больных грибковыми заболеваниями заметна общая тенденция к увеличению количества больных в старших возрастных группах. Бросается в глаза то обстоятельство, что в то время, как больных фавусом головы старше 15 лет очень большой процент (17,9%), количество больных трихофитией головы в том же возрасте незначительно (1,7%). Об'ясняется это тем, что заболеванию фавусом одинаково подвергаются все возрасты, в то время, как трихофития является болезнью, главным образом, детского возраста и, по Bloch'у даже без лечения проходит с *наступлением возмужалости*: напр.: вызванная tr. crateviforme tr. acuminatum и особенно microsporon Andonini.

В отделе „где живет" мы видим значительный скачок вверх по сравнению со всеми другими заболеваниями детей дет. домов. что вполне понятно, если принять во внимание исключительную контагиозность грибковых заболеваний, особенно в условиях тесного общежития.

В последнем отделе мы видим, что фавус дает наибольший после волчанки процент крестьянских детей (18,3%). Эти то именно запущенные деревенские случаи фавуса и дали главную массу больных старше 15 лет.

Таблица 4

		Волчанка		Сифилис	
		Колич.	%	Колич.	%
	Всего	40	100	13	100
Пол.	Мальчиков	20	50,0	6	46,2
	Девочек	20	50,0	7	53,8
Национальн.	Евреи	4	10,0	4	30,8
	Белоруссы	32	80,0	8	61,5
	Поляки	1	2,5	—	—
	Русские	3	7,5	1	7,7
	Прочие	—	—	—	—
Возраст	До 1 года	—	—	1	7,7
	От 1—8 л.	2	5,0	9	69,3
	От 8 15 л.	4	10,0	3	23,1
	Выше 15 л.	34	85,0	—	—
Где живет	У родителей	22	55,0	13	100,0
	Дет. дом	—	—	—	—
	У чужих	—	—	—	—
Соц. полож. корм.	Рабоч.	3	7,5	9	69,3
	Служащ.	2	5,0	3	23,0
	Кустарь	1	2,5	—	—
	Крестьян.	28	70,0	—	—
	Нетрудов.	3	7,5	1	7,7

Всего за отчетный период прошло через Ц. Д. Д. 40 больных волчанкой. Незначительность количества волчаночных больных об'ясняется тем, что эти больные вследствие продолжительности и некоторых особенностей их заболевания (при волчанке, как известно, чаще всего поражается лицо) всегда стремятся к стационарному лечению.

По полу люпозные больные распределяются поровно. Что касается национальности, то подавляющее большинство их (80%) составляют белоруссы, а затем евреи (10%), русские (7,5%), поляки (2,5%), при чем большинство больных (85%) старше 15 лет. Что касается социального положения больных, то 70% из них составляют крестьяне и дети крестьян. Кажется странным, что крестьяне, не имеющие недостатка ни в солнце, ни в свежем воздухе, болеют туберкулезом кожи больше, чем городские жители. Причину, нам кажется, следует здесь искать в тех ужасно антисанитарных условиях, в которых живет по своей бедности и малокультурности огромное большинство белорусского крестьянства, когда в небольшой хатке, где живет многочисленное семейство, помещаются на зиму мелкие домашние животные и птица.

Больных сифилисом прошло 13 человек. Это число, конечно, ничего не говорит о распространении сифилиса среди детей, так как лечение венерических заболеваний, в том числе и сифилиса, сосредоточено в Венерологическом Диспансере и в кожно-венер. Клинике, где

лечатся все возрасты населения. Даже эти 13 больных после диагноза также были направлены для лечения в Вендиспансер.

Рассматривая таблицу 5, мы видим, что среди больных почесухой первое место занимают евреи (57,8%).

Таблица 5

Почесуха		Колич.	%
Всего		467	100
Пол	Мальчик.	244	52,2
	Девочек	223	47,8
Национ.	Евреи	270	57,8
	Белоруссы	161	34,5
	Поляки	8	1,7
	Русские	22	4,7
	Прочие	6	1,3
Возраст	До 1 г.	67	14,3
	От 1—2 л.	141	30,3
	„ 2—3 „	92	19,8
	„ 3—4 „	70	15,0
	„ 4—5 „	30	6,4
	„ 5—6 „	22	4,7
	„ 6—7 „	12	2,6
	„ 7—8 „	8	1,7
	„ 8—9 „	4	0,8
	„ 9—10 „	4	0,8
	„ 10—11 „	7	1,5
	„ 11—12 „	2	0,4
	„ 12—13 „	5	1,1
	„ 13—14 „	—	—
	„ 14—15 „	3	0,6
	Выше 15 л.	—	—
Где живет	У родит.	464	99,4
	Дет. дом.	3	0,6
	У чужих	—	—
Соц. полож. кормильца	Рабоч.	289	61,9
	Служ.	133	28,5
	Кустарь	17	3,6
	Крестьян	14	3,0
	Нетруд.	11	2,3

Все авторы указывают, что чаще всего почесуха проявляется на 2-ом году жизни. Из нашего материала тоже видно, что 30,3% из всего количества больных почесухой приходится на возраст от 1-2 лет. Меньше заболевают дети от 2-3 лет (19,8%), еще меньше—до 1 года—(14,3%) и от 3-4 лет (15,0%), а дальше, чем старше, тем меньше (с небольшими колебаниями) процент заболеваемости почесухой, так что старше 15 лет не было ни одного случая.

Таблица 6

		ЭКЗЕМА		Чешуйчатый лишай	
		Колич.	%	Колич.	%
	Всего	1.268	100	40	100
Пол	Мальчиков	579	45,7	16	40.0
	Девочек	689	54,3	24	60,0
Национальн.	Евреи	745	58,8	20	50,0
	Белоруссы	398	31,4	15	37,5
	Поляки	43	3,4	5	12,5
	Русские	60	4,7	—	—
	Прочие	22	1,7	—	—
Возраст	До 1 года	141	11.2	—	—
	От 1 - 8 л.	548	42,8	6	25,0
	От 8—15 л.	467	36.0	22	55.0
	Выше 15 л.	112	8,8	12	30,0
Где живет	У родителей	1177	92,8	37	92,5
	Дет. дом.	71	5,6	3	7,5
	У чужих	5	0,4	—	—
Соц. пол. корм.	Рабочий	739	58,3	22	55,0
	Служащ.	291	22,9	7	17,5
	Кустарь	69	5,5	3	7,5
	Крестьян.	42	3,2	5	12,5
	Нетрудов.	42	3,2	—	—

Из таблицы 7-ой видно, что среди всех других заболеваний экзема занимает наибольшее место (16,3%). О влиянии пола на заболеваемость экземой мы нигде не нашли никаких указаний, так что об'яснить преобладание в нашем материале больных экземой девочек (54,3%) над мальчиками (45,7%) мы не беремся. В отношении национальности среди экзематозных больных на первом месте, как и в предыдущей таблице, стоят евреи.

Больные псориазом по полу распределяются далеко неодинаково, а именно: мальчиков 16 (40%) и девочек 24 (60%). Что касается национальности, то половину (50%) всех больных составляют евреи. Этиология псориаза еще не выяснена. Если принять во внимание, что из всех теорий происхождения псориаза наиболее обоснованной является нервная теория, то нам станет понятен огромный процент евреев псориатиков. В своем „Руководстве к изучению кожных болезней" профессор А. И. Поспелов приводит статистику Nielsen'а, по которой: „псориазис начинается чаще в юношеском возрасте, а именно: в 44%—до 15 лет, в 15%—между 15 и 20 годами, в 22,4%—между 20 и 30 годами и лишь в 2,7% в возрасте от 50 лет и далее. У грудных детей появление псориазиса составляет редкое явление, и случай Rille, где псориазис наблюдался у $5\frac{1}{2}$—месячного ребенка—большая редкость". Наши данные вполне сходятся с выше-

приведенными. Как видно из таблицы 6, главная масса больных приходится на возраст до 15 лет (70%). выше этого возраста всего 12 больных (30%).

Таблица 7

	Колич.	%
Всего	7.798	100
Чесотка	1,080	13,8
Парш гол.	1,114	14.3
„ тела	4	0.1
Трихофития голов. . . .	1197	15,3
„ тела . . .	164	2,1
Волчанка	40	0,5
Сифилис	13	0,2
Почесуха	467	6,0
Экзема	1268	16,3
Чешуйч. лишай . . .	40	0,5
Проч. болез.	2411	30.9

Из таблицы 7-ой мы видим, что инфекционные заболевания занимают довольно значительное место в нашем материале. Одни грибковые заболевания составляют 31,8% всех обращений. Если присоединить сюда еще больных чесоткой, то получится еще более внушительный процент—45,6%. Принимая во внимание, что число „прочих болезней“ у нас также попали некоторые инфекционные заболевания, как, например, Impetigo contagios, мы думаем, что не будет далеким от истины, если мы скажем, что половина всех обращений больных детей была по поводу инфекционных заболеваний.

Выводы:

1. Бедность и некультурность белорусского крестьянства, та же бедность и скученность еврейского населения бывшей черты оседлости, являются факторами в большом развитии среди населения Белоруссии (в частности г. Минска) „болезней бедноты“, как чесотка, парша и трихофития (45,6%) всех кожных заболеваний.

2. По тем же причинам все заболевания, имеющие какую-либо связь с нервной конституцией организма, преобладают среди евреев (почесуха, экзема, чешуйчатый лишай.

Воспоминания о работе в земстве в пределах Бобруйского уезда

В. Морзон

В 1911 году, весной я был назначен врачом в село Бацевичи. Больница и мед. персонал совершенно не пользовались доверием населения, так что обращаемость была минимальная (5—15 человек в день). Чтобы привлечь население к больнице, и вести борьбу со знахарством, я прежде всего познакомился с населением села Бацевичей Не было хаты, в которой я не побывал бы. Кстати была эпидемия тифов. Создавши базу на месте, я начал выезды в деревни, где знакомился с населением, его нуждами и болезнями. За всякого рода медицинскую помощь я ни одного рубля не брал с населения. В то время это было ново, и население с недоумением смотрело на меня. Присмотревшись, оно решило, что это „наш человек". И тогда обращаемость в больницу настолько увеличилась, что я едва стал справляться с работой. Больницу я перевел в новое выстроенное здание. И работа здесь наладилась. Вскоре я был переведен в Глускую б-цу. Она была расчитана на 18 коек, но в больнице я застал 3-х человек с незначительными повреждениями ног. Амбулаторный прием в среднем доходил до 20 человек. Здесь я повел ту же работу, что и в Бацевичах. В результате этой работы через три месяца не только 18 коек были заняты больными, но мне пришлось отдать свою квартиру под больницу и больных класть на пол на соломе. Купил здание для барака и его заполнил больными, так что общее количество стационарных больных одно время доходило до 60.

Доверие населения ко мне и больнице было колоссальное. Но здесь я убедился, что у меня многого нехватает, чтобы быть на своем месте. Привезли однажды больного юношу с ущемленной грыжей. Я и говорю: нужно ехать в Минск, так как в Бобруйске не оперировали. Отец больного начал просить, чтоб я произвел операцию, так как все равно не повезет сына в Минск и ему угрожает смерть. С большим страхом я производил операцию. Кстати сказать, оперировал кипячен. материалом, так как автоклава не было. Операция прошла хорошо и больной выздоровел.

Доверие еще больше укреплялось по мере того как я развивал мелкую и среднюю хирургию. Но бывали случаи, когда больного надо было везти в Минск, в хирургическое отделение земской больницы, где были два старых хороших хирурга—Федорович и Кодис, которых я вспоминаю с чувством благодарности за их отзывчивость и товарищеские отношения.

Благодаря хирургическому уклону работы, я настолько завоевал доверие населения, что даже победил знаменитого знахаря—еврея, жившего неподалеку от больницы. С увеличением количества больных, обращавшихся в больницу, количество его клиентов уменьшилось, а когда его самого привели в амбулаторию и я публично удалил кость из пищевода, он дал мне слово—больше не заниматься знахарством.

К концу моего пребывания в Глуске положение было таково: больница была на 30 коек; свободных коек никогда не было. Амбулатория доходила до 100—150 человек. Был небольшой на 6 коек заразный барак. Я знал почти каждую деревню. Оборудование больничное было удовлетворительное. Был стерилизатор для материала.

Из времени работы в Глуске, я хочу отметить два случая, характеризующие отношение помещика и земства к врачу и медицине. Один случай: ночью в марте месяце зовут меня к помещику Ленкевичу. Весенний разлив, дождь, темнота, река Птичь разлилась. Приехал в два часа ночи. Осматриваю больного и оказывается: самая невинная катарральная ангина. С гневом уезжаю, чувствую глубокую обиду за себя и за тех больных, которых я оставил в больнице.

Другой случай, характеризующий отношение земства, которое ко мне относилось чрезвычайно хорошо. Нужно было мне покрасить полы и окна некоторых комнат больницы. Обращаюсь в Земскую Управу. Отвечают уклончиво. Крашу сам за свой счет собственными руками. Это, ведь, было в довоенное время при полном богатстве!

Еще случай, свидетельствующий об отношении земства к медицине. На земских лошадях ездили все чиновники. Врач был всегда в загоне: давали после всех и самых худших лошадей. Наконец, земство додумалось вынести постановление: „участковый врач должен ездить по участку на обывательских подводах“. Как только я получил это постановление, то сейчас же послал телеграмму об отказе от службы; тогда земской управой это постановление было отменено.

Перевели меня в 1913 г. в Бобруйск вторым врачом. Больница на сорок коек; оборудование бедное; здания старые. Больница полупустая; амбулаторный прием 20—40 чел. Врач приезжал в больницу на 15—30 минут. Лечили фельдшера. Хирургической помощи никакой. Больные горожане едут в Минск; больные селяне с ущемленными грыжами, заворотами кишек и прочими болезнями, требующими неотложной хирургической помощи, умирают при терапевтической помощи в больнице. У меня в первую голову решение наладить хирургическую работу. Завел я собак при больнице и начал при помощи больничного персонала производить операции на собаках и на трупах. Для того, чтобы произвести операцию на трупе, я выезжал за сто верст для судебно-медицинского вскрытия с условием, что на этом трупе я могу произвести некоторые операции. Так я постепенно, заставляемый нуждой, вырабатывал технику на собаках и трупах.

Благодаря отношению к б-ым (д-ра Толчинского, который первый начал нормальную работу больничного врача в Бобруйске, и моему), той работе, которая проводилась, больница стала недостаточной. А я все-таки чувствовал, что не вполне подготовлен к хирургической деятельности. Поэтому в 1914 г. поехал в Ленинград на курсы для усовершенствования врачей, где я научился только цистоскопии и то в недостаточной степени. Разочарование было очень большое. Я решил, что для постановки хирургии в Бобр. у. нужна большая сила, чем я, а потому нашел товарища в Ленинграде и упросил управу назначить его на мое место; сам же поехал в Старые Дороги, где была небольшая больничка на 6 коек. Не найдя почвы для расширения Стародорожской больницы за неимением помещения, я перешел в Паричскую больницу. Эта больница была сравнительно хорошо оборудована и имела приличный вид, но деятельность ее была равна нулю. Я ее застал пустой. Амбулаторный прием больше

10 человек не бывал. Прежде всего я здесь приступил к некоторому ремонту, но так как по смете не было ассигнований, то мне пришлось затратить довольно порядочную сумму из своего жалованья, как на ремонт, так и на оборудование.

Началась война. Мой товарищ—хирург Бобруйский—был призван, а меня из Парич опять перевели в Бобруйск.

Таким образом, я работал на всех врачебных пунктах тогдашней мед. сети Бобр. уезда. Сравните ее с теперешнею. Посмотрите на специальную помощь того времени и настоящего момента. Нет сравнения! Все то, что мы видим теперь осуществленным, мне когда-то казалось очень далеким. Когда я об этом говорил на уездном и Губ. с'езде земских врачей, меня называли мечтателем без почвы. А крестьяне этим мечтам верили. В 1920 г. на с'езде Советов, я делал доклад о построении медицины при социалистическом строительстве. Члены с'езда восторженно встретили доклад и в особой резолюции выразили уверенность, что эта программа будет осуществлена. Теперь мы являемся свидетелями осуществления.

В заключение, я должен сказать, что беда селянская и моя родственность ему заставили меня быть хирургом, а поэтому теперь уже, научившись в прошлом на бедняке, я, как должник, отдаю с любовью свой долг брату кредитору. Население шло ко мне только потому, что впервые почувствовало и увидело к себе человеческое отношение. Это доверие с годами крепло и росло. При советской власти, когда дана широкая возможность развития медицинской помощи и общения с населением, эта связь с населением, заложенная в далеком прошлом, растет, ширится и крепнет.

Из глазной клиники Белорусского Государственного Ун-та
(Директор клиники, профессор С. Д. Каминский)

Трахома в Холопеничском районе, Минского округа, по данным трехнедельного обследования

С. Н. Купреев

Настоящее обследование является опытом возможного всестороннего выявления степени и характера распространения трахомы в одном из районов и попыткой, по возможности, уяснить общие причины, в зависимости от которых происходит распространение трахомы в Белоруссии.

Прежде чем приступить к изложению данных результата обследования, позволю себе вкратце осветить общее культурно-экономическое благосостояние района.

Холопеничский район является одним из беднейших по всему Минскому округу. Его местный бюджет является дефицитным. Местность, занимаемая районом, почти безлесистая, заболоченная почва дает низкую урожайность зерновых культур и только посевы льна дают хорошую урожайность. Подсобных заработков в виде лесоразработок крестьянское население почти не имеет.

Живут крестьяне в небольших избенках, крытых соломой, с маленькими окнами без двойных рам, внутри грязных, закопченных, т. к. во многих из них еще жгут лучину для освещения. Отмечается почти полное отсутствие кроватей. Семья в среднем 7—8 человек спит на общих полатях. В редкой избе встретишь кровать, застланную чистой постелью, и один угол до половины стен оклеенный обоями. Во многих избах кормят свиней, вследствие чего на полу имеется толстый слой грязи и стоит затхлый воздух, в атмосфере которого чрезвычайно трудно дышать; конечно, ни в одной избе форточек нет. Из 10 деревень, в которых был произведен поголовный осмотр, только в 6-ти имеются школы—в 2-х в специальных школьных зданиях и в остальных 4-х в крестьянских избах. Указанные школы обслуживают не только эти деревни, насчитывающие свыше 100 дворов, но и ближайшие деревни. Т. о., имеющиеся школы далеко не могут вместить целиком детей школьного возраста. В остальных же 4-х деревнях в 50—60 дворов школ вовсе не имеется. Среди взрослого населения крайне редко встретишь грамотных; вообще, в глаза бросается общая темнота, невежество и полное отсутствие каких бы-то ни было культурных навыков.

Не менее безотрадную картину представляет центр района—м-ко Холопеничи. В м-ке Холопеничах имеется одна частная мельница, совхоз Холопеничи с дефицитным бюджетом по всем отраслям сельского хозяйства, несколько кустарей одиночек, занимающихся выделкой овчин и изготовлением льняного масла из семени,—вот и вся промышленность центра района. Население м-ка, насчитывающее около

2-х тысяч человек, живет чрезвычайно бедно, занимаясь мелкой торговлей, ремеслами и земледелием. В культурном отношении имеются некоторые достижения советского времени. В Холопеничах имеется семилетка, еврейская четырехлетка, нардом, комсомольский клуб с библиотеками при них и кино-передвижка. Широко развернула работу кооперация в лице 3-х лавок, имеется также кооперативная чайная и сельско-хозяйственное кредитное товарищество, которое особенно пользуется популярностью среди сельского населения.

Районная больница имеет 15 коек стационара, хирургического инструментария имеется в достаточной степени при больнице, но инвентарем, медикаментами, бельем, перевязочным материалом снабжена гораздо меньше насущной необходимости.

По приезде в район через Рик был об'явлен глазной прием в двух пунктах: при Холопеничской районной больнице и при Краснолукском врачебном участке. До амбулаторного приема производился поголовный осмотр населения 10 деревень и школьников. Для последнего были взяты деревни с различной степенью распространения трахомы, сообразуясь с амбулаторными данными районной больницы. Из 4599 человек населения 10 деревень поголовному осмотру подверглись только 3126 человек, т. о. неосмотренных оказалось 1473 чел века, что составляет 34%. Из подворной записи осмотренных выяснилось, что на осмотр не явились, главным образом, те, которые считали свои глаза здоровыми. Затем не явилась на осмотр незначительная часть мужского населения, находившаяся в отлучке в день осмотра, слабо являлись старики, старухи, не полностью приносились на осмотр дети грудного возраста, а, кроме того, не являлись на осмотр взрослые девушки из-за боязни, что у них будет публично обнаружена заразная болезнь—трахома.

По общему подсчету во всех 10 деревнях подверглись поголовному осмотру 50% семейств в полном составе, 30% семейств подверглись частичному осмотру и 20% семейств вовсе не прошли осмотра.

Амбулаторный прием глазных больных протекал с возрастающим числом больных в каждый последующий день приема. За 8 дней глазной прием дал 586 первичных обращений и 374 повторных, а всего обращений 960. Надо отметить, что контингент повторных больных составляли преимущественно тяжелые осложненные случаи трахомы, больные, подвергшиеся выдавливанию трахомных зерен и школьники.

Распределение глазных заболеваний

Таблица 1

Данные	Количество трахомных больных					Кол слеп от трах.		Болезни век кон'юнктивы	Болезни слезных путей	Болезни роговой оболочки	Внутри-глазные заболевания	Прочие заболевания глаз	Всего глазн. больных кроме трах.	Кол. слеп. от разл. б-ней глаз, кроме трах.		%% соотн. глазн. б-х	
	Муж.		Жен.		Всего	На один глаз	На оба глаза							На один глаз	На оба глаза	Трах. б-х ко всем глазн. бол.	Проч. бол. глаз ко всем глазн. бол.
	абс. чис.	%	абс. чис.	%													
Пог. осмот.	84	6	182	10,5	266	7	1	63	6	8	9	5	91	3	6	75	25
Амб. обращ.	113	49,8	290	80,8	403	5	2	105	15	24	26	13	183	1	11	69	31

Результаты обследования населения путем поголовного осмотра и амбулаторной обращаемости представлены в 4-х таблицах. Из таблицы № 1 видно распределение глазных больных по данным поголовного осмотра и амбулаторной посещаемости. На 3126 человек, подвергшихся поголовному осмотру, зарегистрировано 357 человек глазных больных, что составляет 11,4%. При чем, трахомных зарегистрировано 266 человек, что составляет 8,5%, прочих глазных заболеваний 91 случай—2,9%. Таким образом, из 357 глазных больных на долю трахомных падает 75% и на прочие заболевания глаз—25%. Из 25% прочих заболеваний глаз на долю болезней век и к-вы падает 17,6%.

По амбулаторной обращаемости на 586 первичных глазных больных, явившихся со всего района, за исключением больных поголовно осмотренных деревень, зарегистрировано 403 случая трахомы и 183 прочих заболеваний глаз, что составляет 69% трахомных ко всем глазным больным и 31% прочих заболеваний глаз. Из 31% прочих заболеваний глаз на долю болезней век и к-вы падает 18%. Из приведенных результатов поголовного осмотра амбулаторной обращаемости при сравнении полученных данных отмечаются очень близкие % соотношения трахомных больных ко всем глазным больным и один и тот же % заболеваний веки к-вы, что подтверждает правильность этих соотношений для данного района. Из этой же таблицы видно количество слепых от трахомы и прочих болезней глаз. По данным профессора Головина слепых от трахомы насчитывается 21,4%. По суммированным данным поголовного осмотра и амбулаторной обращаемости зарегистрировано 12 слепых на один глаз и 3 слепых на оба глаза от трахомы, от прочих болезней глаз слепых на один глаз 4 и 17 на оба глаза. Таким образом, % слепых от трахомы для обследованного района составляет цифру 41,6, т. е. в 2 раза больше, чем по Головину для всей быв. России (Труды, изданные в 1910 году „О слепоте в России"). При поголовном осмотре и амбулаторной обращаемости зарегистрировано 83 случая трахомных, нуждающихся в неотложных операциях.

Глазные заболевания учащихся (по поголовному осмотру)

Таблица 2

№№ по пор.	Название школ	Число учащихся	Колич. глазн. больных			% глазн. больных	% соотн. трах. ко всем глазн. больным		Примечание
			Трахом	Проч. бол.	Всего		% трах.	% проч. гл. бол.	
1	Холопеничская 7-летка.	227	21	22	43	19	49	51	Трахомой страдает 9,9% учащ., проч. болезнями глаз 7,8%—трах. 6-х среди учащ. бел. 12,5%, трах. 6-х среди учащ. евреев 1,5%
2	Краснолукская 4-летка.	121	17	5	22	18	77	23	
3	Узнацкая „ .	110	15	9	24	22	63	37	
4	Холопеничск. евр. 4-лет.	80	0	6	6	7,5	0	100	
	Итого .	538	53	42	95	17,7	56	44	

Результат поголовного осмотра учащихся приводится в таблице № 2. Осмотрено 4 школы с количеством учащихся 538 человек. Трахомных больных среди всех осмотренных школьников 9,9%, прочих заболеваний глаз 7,8%, % трахомных школьников по отношению ко всем глазным больным составляет цифру 56. При чем, среди школь-

ников белоруссов насчитывается 12,5% трахомных, среди евреев — 1,5%. Такой большой % трахомных среди школьников белоруссов и незначительный среди евреев об'ясняется тем, что последние являются почти исключительно детьми местечкового населения. Несомненно, бытовая и культурная обстановка еврейского местечкового населения резко разнится от сельского, среди которого и больше распространена трахома. По данным профессора Каминского, из суммированных результатов работы 6-ти глазных отрядов в различных районах Белоруссии в 1924 году среди 1571 осмотренного школьника отмечен 31 случай трахомы, что составляет всего лишь 2%, при чем для взрослого населения тех же районов отмечено 24,5% трахомных.

Поголовному осмотру подверглись 1739 женщин и 1387 мужчин. Среди осмотренных женщин зарегистрировано 182 случая трахомы, что составляет 10,5%, а среди мужчин 84 трахомных, что составляет всего лишь 6%. По амбулаторной обращаемости отмечается такая же разница. На 359 женщин, обратившихся за глазной помощью, зарегистрировано 290 трахомных, что составляет 80,8%, а на 227 мужчин — 113 трахомных, что составляет 49,8%. Таким образом, почти в 2 раза женская часть населения больше поражена трахомой, чем мужская. Такая большая разница об'ясняется, повидимому, тем, что обследованный район богат культурой льна, обработкой которого занята исключительно женщина.

В таблицах № 3 и № 4 представлено возрастное распределение трахомы по полам и формам заболевания по данным поголовного осмотра и амбулаторной обращаемости. По результатам поголовного осмотра случаи трахомы I охватывают, г. о., возраст до 10 лет: так, на возраст до 5 лет падает 46%, а от 6 до 10 лет—29%, что вместе составляет 75%. Остальные 25% падают па возраст от 11 до 50 лет. Таким образом, заражение трахомой происходит преимущественно в очень раннем детском возрасте. Трахома I по отношению ко всем формам трахомных больных составляет 10,5%. Случаи трахомы II охватывают, г. о., возраст от 11 до 20 лет—44%, а на возраст от 6 до 30 лет падает 81%, остальные случаи—до 5 лет составляют 5% и от 30 до 60 лет 14%. Зернистой формой трахомы, т. о., страдает преимущественно молодой цветущий возраст. Формой трахомы II заражено наибольшее количество трахомных больных. Трахома II по отношению ко всем формам трахомных составляет 44%. Случаи трахомы II-III, г. о., падают на возраст от 21 до 40 лет—76%, а трахома III—от 31 до 60 лет—73%. Таким образом, смешанной формой трахомы поражен отчасти молодой и средний возраст, а рубцевой формой поражен отчасти средний и пожилой возраст. Трахома II—III по отношению ко всем формам трахомных составляет 12,8%, а трахома III—32,7%. Отмечается большая разница между количеством больных трахомой мужчин и женщин в рабочем возрасте. До 10 лет нет никакой разницы в распределении трахомы по полам. Начиная с 11 летнего возраста и, г. о., в возрасте от 21 до 50 лет женщин больных трахомой насчитывается от 2 до 5 раз больше, чем мужчин. Это явление еще раз подтверждает указанную выше причину, т. е. занятость женщин на обработке льна.

Возрастное распределение трахомы по полам и формам заболевания по данным амбулаторной обращаемости почти целиком повторяет в своих цифровых соотношениях ту же картину, что и при поголовном осмотре. Разница только заключается в том, что при амбулаторной обращаемости трахома I в возрасте до 5 лет составляет 14%,

Возрастное распределение трахомы

(по поголовному осмотру)

Таблица 3

Возраст	0–5 л.		6—10 л.		11—20 л.		21—30 л.		31–40 л.		41—50 л.		51—60 л.		61 и свыше		Всего		Всего обоего пола	% отнош. ко всем ф.
Пол	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.		
Трахома I . .	6	7	4	4	1	2	1	1	0	1	1	0	—	—	—	-	13	15	28	10,5
Трахома II . .	3	3	9	16	15	36	7	12	3	5	2	4	1	1	—	—	40	77	117	44,0
Трахсма II-III . .	—	—	—	—	0	1	2	12	3	9	1	4	1	0	0	1	7	27	34	12,8
Трахома III . .	—	—	—	—	1	2	4	10	5	12	7	22	4	13	3	4	24	63	87	32,7
Итого . .	9	10	13	20	17	41	14	35	11	27	11	30	6	14	3	5	84	182	266	100

(по амбулаторной обращаемости)

Таблица 4

Возраст	0–5 л.		6—10 л.		11—20 л.		21—30 л.		31–40 л.		41—50 л.		51—60 л.		61 и свыше		Всего		Всего обоего пола	% отнош. ко всем ф.
Пол	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.		
Трахома I . .	3	4	6	8	5	9	2	7	0	1	0	2	—	—	—	—	16	32	48	11,9
Трахома II . .	0	1	21	28	24	83	5	25	8	18	3	8	2	2	—	—	63	165	228	56,6
Трахома II-III . .	—	—	—	—	0	2	3	4	3	5	1	4	2	2	—	—	9	17	26	6,5
Трахома III . .	—	—	—	—	0	1	3	8	4	20	6	19	7	23	5	5	25	76	101	25,0
Итого . .	3	5	27	36	29	95	13	44	15	44	10	33	11	27	5	5	113	200	403	100

а при поголовном осмотре 46%. Это легко об'яснить тем, что детей до 5 лет слишком затруднительно было вести в январские морозы на об'явленный амбулаторный прием.

При поголовном осмотре среди трахомных отмечены осложнения: pannus'ом—11 случаев, pannus-entropion'ом—10, entropion'ом—17, язвами роговицы—10, xerosis'ом—8, leucom'ой—5, а всего 61 случай, что составляет 23% всех трахомных.

При амбулаторной обращаемости оказалось осложнений: pannus'ом—52 случая, pannus-entropion'ом—39, entropion'ом—43, язвами роговицы—15, kerosis'ом—7 и leucom'ой—5, а всего 109 случаев, что составляет 27%. Несколько более высокий % осложнений трахомы при амбулаторной обращаемости об'ясняется тем, что на амбулаторный прием прежде всего являлись с более тяжелыми осложненными формами трахомы со всего района. При обеих формах обследования осложненные случаи трахомы падают на возраст от 21 до 60 лет.

По результатам поголовного осмотра оказалось в 33% осмотренных семейств больны трахомой все члены семьи, в 58% семейств страдает трахомой только часть членов семьи и в 9% семейств вовсе не оказалось трахомных. При страдании трахомой всех членов семьи отмечаются обычно различные формы трахомы. В тех же семьях, где трахомой страдают не все члены семьи, можно отметить обычно у родителей давно зарубцевавшуюся трахому, а детей здоровых, или дети и женщины больны, а взрослые мужчины здоровы.

В большинстве семей отмечается наличие слизисто-гнойного и гнойного отделяемого из кон'юнктивального мешка у отдельных трахомных. Без сомнения, имеются на лицо широкие возможности заражения, как-то: заразные трахомные утираются общим полотенцем, спят на одной подушке, моются из одной миски.

Сравнивая полученные данные о распространении трахомы среди населения Холопеничского района с имеющимися литературными источниками других авторов по обследованию Белоруссии, получается нижеследующая картина. Поголовный осмотр 3126 человек в 10 деревнях Холопеничского района, Минского округа, дал 8,5% трахомных. По данным профессора Каминского из суммированных результатов поголовного осмотра в 1924 году 689 человек в 4-х деревнях—одной Смиловичского райна и 3-х Логойского района, Минского округа—зарегистрировано 80 трахомных, что составляет 11,6%. По данным доктора Родштейна за 1925 год в результате поголовного осмотра 506 человек, в 3-х деревнях, Борисовского района, Минского округа, насчитывается трахомных 36,5%. Т. о. у д ра Родштейна отмечается очень высокий % трахомных по сравнению с результатами профессора Каминского и моими. Повидимому, д-р Родштейн выбрал для поголовного осмотра наиболее зараженные деревни, и, кроме того, трахома в Борисовском районе имеет, надо полагать, большее распространение, чем в Логойском и Холопеничском.

Таким образом, настоящее обследование вновь подтвердило неоднократно высказываемую мысль, что трахома в Белоруссии занимает почетное место среди других социальных болезней. Вот почему приходится приветствовать учреждение при Научном Медицинском совете комиссии по борьбе с трахомой. Последняя должна заняться детальным выяснением распространения трахомы по БССР и в соответствии с этим разработать ряд практических предложений по организации и проведению мер борьбы с ней.

ЛИТЕРАТУРА: „К вопросу о распространении трахомы в Минской губернии С. Д. Каминского, труды I с'езда врачей Минской губ., 22-25/I 1908 г.—„Окулистическая помощь в Минской губ.". Ф. Л. Ульянова, труды II-го с'езда врачей Минской губ., 12-15/I. 1911 года „К вопросу об этиологии трахомы и мерах борьбы с ней", С. Н. Галицкого, труды III с'езда врачей Минской губ. 9-12/I.1914 года.—„Результаты 2-х недельной работы глазного отряда в м. Логойске, Борисовского уезда, Минской губ." М. А. Дворжеца, Белорусская медицинская мысль, т I, № 2—3 за 1924 год.—„Трахома и организация борьбы с ней в Борисовском округе по данным поголовного осмотра" д-ра Родштейна, Бел. мед. мысль т. II № 1—2 за 1925 г.—„Глазные больные в Бобруйском округе" д-ра Ф. А. Королькова. Бел. мед. мысль, том II № 1—2 за 1925 г. „Трахома, степень ее распространения в Белоруссии и меры борьбы с ней", профессора Каминского, труды I Всесоюзного с'езда глазных врачей в 1927 году.—„Трахома в Белоруссии", д-ра С. Н. Купреева, Бел. медицин. мысль, т. II № 12—13 за 1926 год.

Бацилловыделение и смертность от туберкулеза в гор. Бобруйске по данным Тубдиспансера

Черчес

Бобруйский Тубдиспансер на 1-е января 1928 года имел у себя на учете 3400 туберкулезных больных, при общем количестве коренного населения в городе 40.423 чел. (по последней переписи). В это количество не входят больные с диагнозом „практически здоровые". По характеру туберкулезного процесса больные распределяются следующим образом:

А.I	— 853	В.I	— 312	С.I	—
А.II	— 646	В.II	— 223	С.II	—
А.III	— 28	В.III	— 97	С.III	— 25

Туберк. бронхиальных и других желез, ТБК прочих органов—1216.

Большой процент больных с А. I среди находящихся на учете диспансера об'ясняется тем, что городские амбулатории, уступая стремлению больных попасть в диспансер, часто направляют туда больных с неактивными, компенсированными процессами. Вот эти больные, а также больные с такими же процессами, обнаруженными во время массовых осмотров рабочих и служащих, оставлялись диспансером на учете для периодических осмотров в течение года. Большую группу заболеваний составляют также ТБК бронхиальных и др. желез, ТБК прочих органов, куда входят разные плевриты, перибронхиты, туберкулез костей и суставов и др. Туберкулез желез преимущественно отмечался у детей до 16-летнего возраста при отсутствии у них поражения в других органах.

Бациллярных из всего этого количества больных на 1-е января 1928 г. состояло на учете 149 человек, или 37 бацилловыделителей на 10.000 человек. По полу бациллярные делятся так: мужского—89, женского—60.

Из числа бациллярных состояло на учете в диспансере:

годы	1923	1924	1925	1926	1927
к-ство	6	27	26	42	48

Возраст бациллярных больных виден из следующей таблицы:

годы	до16 лет	16—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60 и больше
кол-во	2	6	60	46	22	12	1
процент	1,4	4	40,2	30,8	15	8	0,6

Из этой таблицы видно, что наибольшее количество бацилловыделителей падает на средний, самый цветущий и работоспособный возраст (20—30 лет) и это количество постепенно уменьшается с увеличением возраста больных, доходя до цифры (1) после 60-летнего возраста.

По социальному положению бацилловыделители делятся следующим образом:

Всего	раб.	служ.	ижд.	кустар.	др. гр.
149	37	41	29	10	32

Из этой таблицы видно, что наибольшая группа бациллярных находится среди рабочих, служащих и их иждивенцев, т. е. среди наименее обеспеченных материально классов населения.

Тяжелые жилищные условия нашего города, скученность населения, отсутствие даже минимальной жилищной нормы и невозможности вследствие этого во время изолировать тяжелых „лежачих" туббольных, представляет большую угрозу быстрого распространения туберкулеза среди лиц, соприкасающихся с больными. Следующая таблица показывает количество очагов, контактов и лиц, находящихся в постоянном семейно-жилищном контакте с бацилловыделителями:

к-во очагов	6	20	24	42	33	7	8	4	2
к-во контактов	1	2	3	4	5	6	7	8	9
к-во человек	6	40	72	168	165	42	56	32	18

Всего, как видно из таблицы, имеются 599 чел., которые находятся в постоянном соприкосновении с бациллярными больными, из которых детей до 16 летнего возраста—343. Если мы примем во внимание теорию послеродового заражения туберкулезом, или заражение ТБК в детском возрасте, то такое количество детей представляет определенную социальную опасность. Следующая таблица рисует картину жилищных условий бациллярных больных в нашем городе:

Отдельная к-та для б-го	к-ра из 3-х к-т для б-го с семьей	к-ра из 2-х к-т для б-го с семьей	к-ра из 1-ой к-ты для б-го	Живут в кухне с семьей	Занимают угол
31	19	62	36	21	11

Из этой таблицы видно, что только 31 человек со всего количества бацилловыделителей (149) имеют отдельную комнату. Сюда относятся, как те больные „одинокие", которые занимают отдельную комнату, так и те, которые живут с семьей в квартире, но благодаря санобработке патсестер, удалось изолировать их в отдельные комнаты. Остальные бацилловыделители, а главным образом те, которые живут с семьей где-нибудь на кухне или ютятся в углах—настоятельно требуют расширения жилплощади, ибо при таких условиях никакая профилактическая и санпросветработа не в состоянии будет остановить опасности внутрисемейного и контактного распространения туберкулеза.

При таком положении вещей, патсестрам Тубдиспансера пришлось проделать большую работу в смысле оздоровления очагов бацилловыделителей и организации санитарно-гигиенических условий их жизни. Из всего количества обследований, сделанных патсестрами в течение года (2200), на долю бацилловыделителей приходится—849, т. е. 38 проц. При этом следует принять во внимание, что не все бацилловыделители одинаково часто посещаются патсестрами. Среди общего количества бациллярных есть больные, выделяющие бациллы уже много лет, поэтому достаточно усвоили и проводят в жизнь основные мероприятия профилактики и гигиены. Есть также целый ряд культурных и более и менее материально обеспеченных бацилловыделителей, которые очень внимательно относятся ко всем мероприятиям, проводимым патсестрами у них в семейной обстановке.

Такие больные посещались патсестрами не столь часто. Но на ряду с такими больными есть много бациллярных, где патсестрам пришлось потратить много сил, энергии и изобретательности, для того, чтобы хоть что-нибудь сделать в смысле проведения самых необходимых профилактических мер. Это наиболее отсталые, малокультурные группы рабочих и кустарей, у которых „наплевательское" отношение к своему здоровью и к здоровью окружающих. Эти больные являются настоящими распространителями заразы и в этом отношении—они социально опасные люди. Для этого кадра туббольных наиболее правильной профилактической мерой была-бы изоляция в соответствующем лечучреждении.

Из 143 только 30 человек бациллярных пользуются карманной плевательницей на производствах. Остальные бациллярные не считают для себя возможным пользоваться карманной плевательницей на улице, предприятии, т. к. это обращает внимание посторонних лиц, товарищей по работе, их начинают сторониться, избегать, а иногда ставится вопрос о снятии с работы и переводе на инвалидность. Все это заставляет этих больных „подозрительно" относиться к карманной плевательнице.

Переходя к вопросу об учете смертности от туберкулеза в гор. Бобруйске, следует отметить, что вообще такой учет стал возможен только в последние годы, несмотря на то, что циркуляр НКЗ об обязательном представлении записок врачей в ЗАГС на право получения разрешения на похороны введен еще в 1919 году. Дело в том, что даже в самое последнее время ЗАГС иногда продолжает выдавать еще разрешение на похороны по удостоверениям кварткомов, фельдшеров где, конечно, не может быть и речи о правильном указании причины смерти; да часто и врачи города не вполне серьезно относятся к выдаваемым запискам и выставляют, как причину смерти туберкулез, или, наоборот, когда на самом деле этого не было. Поэтому, делая попытку выяснить смертность от ТБК за 1925-27 г. г., мы должны оговориться, что эти данные только приблизительны, т. к. достоверными смертями от ТБК мы считаем только те случаи, которые при жизни были известны диспансеру. Таких случаев в 1925 г. было—38—47,5 проц., в 1926 г.—44—62 процент., а в 1927 г.—59 случаев. или 73 проц. Мы пользовались данными Тубдиспансера и записями в книгах ЗАГС'а, но при этом следует указать, что для правильности учета, мы считали только те случаи, которые постоянно до смерти проживали в городе, но не принимали в расчет приезжих крестьян, красноармейцев и др., умерших от ТБК в местных лечучреждениях.

Если принять количество народонаселения гор. Бобруйска в 1925 и 1927 г. г. приблизительно равным количеству населения в 1926

году, а именно 40423 человека по последней переписи, то смертность по годам распределяется следующим образом:

Годы	Смертность от ТБК всех форм	Смертность от ТБК на 10,000 населения
1925	80	19, 9
1926	71	17, 6
1927	81	20,25
В сред. за 3 г.	77,3	19,23

Анализируя тубсмертность по полу и возрасту, мы видим следующее:

Годы	Мужчин	Процент	Женщин	Процент	Всего
1925	47	58,7	33	41,3	80
1926	37	52,1	34	47,9	71
1927	48	59,7	33	40.3	81
В среднем за 3 г.	44	—	33,3	—	77

Мужчины, как видим из этих цифр, умирали в среднем и по годам значительно больше, чем женщины. Об'яснить факт большей смертности мужчин от ТБК, можно тем, что женщины гораздо меньше втянуты в производство, меньше подвергаются действию тяжелых условий труда и профессиональных вредностей; что касается возрастных отношений умерших от ТБК то приходится констатировать, что ТБК и в нашем городе поражает людей и уносит их в могилу в самом цветущем возрасте, а именно 20—50 лет. Это тот возраст, когда мужчина в борьбе за существование быстро растрачивает запас энергии и сил, а на женщину очень пагубно действуют аборты, роды, материнство, а также довольно тяжелые обязанности в наших бытовых условиях, обязанности „домашней хозяйки". Домашние хозяйки занимают „почетное" место в кривой смертности и бацилловыделения среди туб'-больных н.-города, а между тем для этой категории больных в смысле профилактического лечения, как посылка на курорт, санатории и др. почти ничего не делается.

Из Полоцкого Туберкулезного Диспансера

(Зав. Г. Л. Зеликин)

Туберкулез легких среди рабочих стекольного производства *)

И. Л. Бугаков

Мысль об обследовании наиболее крупного в нашем округе производства – стекольного завода „Труды" зародилась еще в начале 1927 г. на совещании врачей Туберкулезного диспансера, но осуществить ее удалось лишь в декабре 1927 г.

Завод занимает несколько зданий: а) главное здание, где помещаются главные цехи; б) подсобные здания – подсобные цехи.

На улице под крышей, защищающей рабочего только от дождя, расположена так называемая шуральня, где работают рабочие, подбрасывающие топливо в особые ящичные отверстия (шурали или шуровщики); во время подбрасывания топлива, при открывании особо приспособленных упомянутых ящичных отверстий, валит обратно клубом дым, таким образом означенной категории рабочим приходится работать зимой и осенью не только в условиях холода и сырости, но и громадного скопления дыма. Означенные случаи являются весьма располагающими к заболеванию различными катаррами верхних дыхательных путей и легких.

Совершенно в иных условиях работают так наз. шлаковщики, которые работают в подвале (открытом совершенно с входной стороны). Это отделение есть как-бы продолжение первого, ибо топливо попадает из шурильни в шлаковку и уже шлаковщикам приходится исполнять работу кочегарную, т. е. наблюдение за огнем и регулирование его. Им приходится работать при высокой температуре и сильном излучении не только тепловом, но и световом, ибо дверок эти печи не имеют и открыты на большом протяжении. Означенное отопление служит для подогревания ванны (следовательно и газогенераторов).

Сама ванна и все остальное, касающееся настоящего производства (я говорю пока только о главных цехах), находится внутри центрального здания.

Ванна есть ни что иное, как большая печь (формы обыкновенной ванны, откуда, повидимому, и само название), расположенная посреди здания, в которой и плавится материал, из которого приготовляется стекло. Вокруг ванны устроены треугольной формы мостки, так наз.

*) По данным обследования рабочих стекольного завода „Труды", их быта и условий труда.

верстаки, которые приводят рабочих к отверстиям в ванне. Таким образом вся ванна испещрена почти круглыми отверстиями, через которые виднеется плавящаяся стеклянная масса температурой в 1500°.

Между отдельными мостками существуют не совсем широкие промежутки, которые доходят не только до земли, но имеют также значительное углубление в самой земле. Означенное углубление имеет, как увидим дальше, свое назначение. На каждом верстаке работает несколько стекольных мастеров со своими помощниками (от одного до 3-4). В настоящее время на заводе вырабатывается оконное стекло и полулитровые бутылки.

Холявный и бутылочный считаются и практически и в литературе наиболее вредным и опасным для здоровья рабочих, поэтому здесь я позволю себе несколько остановиться, чтобы оттенить эти наиболее вредные моменты.

Во-первых, надо отметить, что в самом помещении зимою довольно таки холодно, между тем со стороны ванны „пышет" теплом, ибо, как я уже упоминал, температура в самой ванне достигает 1500 градусов и таким образом рабочему приходится работать между двумя резкими колебаниями температуры, что не может не отразиться на состоянии здоровья. Далее момент выдувания холявы при сильном напряжении способствует преждевременному расширению легочной ткани при потере ее эластичности (как это бывает при долгом растягивании резины) и вызывает всем известное хроническое профессиональное заболевание стеклодувов – эмфизему легких. Вследствие высокой температуры и светового влияния, исходящего из окна ванны, наблюдается, хотя и не серьезное, но в большем % катарральное состояние слизистой оболочки глаза и век. Следует обратить особое внимание нам туберкулезникам (также венерологам и одонтологам) на тот факт, бросающийся в глаза и не специалисту, что по ходу работы одну трубку держат во рту один за другим несколько человек, так наз. помощники бутылочных мастеров: баночники, бральщики и проч. И здесь произведенное нами массовое обследование рабочих вредных цехов, а также исследование у подозрительных мокроты имеют большое профилактическое значение: ибо здесь бацилловыделителей быть не должно, и обнаружение нами таковых повлечет за собой немедленный перевод на другую работу в том же заводе, как это имело уже место и до обследования чисто случайно (тоже благодаря Туберкулезному диспансеру).

Подсобными цехами в данном производстве суть—1) гончарный цех, где готовятся огнеупорные кирпичи для ванны и ее отделений, 2) материальная, 3) механический цех, 4) прочая рабочая сила. Всего рабочих на заводе „Труды" около 700 человек, из коих работающих постоянно человек 500, остальные являются запасной рабочей силой. Около 50% рабочих заняты во вредных цехах. Мастера и помощники, работающие у ванны, работают 6 часов, остальные 8 часов в сутки. Завод работает в течение 9 месяцев круглые сутки без перерыва, огонь поддерживается и по воскресным дням и лишь месяца три в году завод стоит, в виду необходимости ремонта ванны (так наз. „холодного" ремонта), ибо вследствие высокой температуры такой ежегодный ремонт является необходимым.

Перехожу теперь к результатам обследования самих рабочих. Всего мною обследовано 258 чел., из них 11 человек для точной диагностики вызываются в диспансер в порядке обследования, таким образом все остальные цифры и %% будут в отношении 247.

По цехам рабочие распределяются:

Холявного цеха	78 человек
Посудного „	34 „
Разводного „	32 „
Шуровщиков	17 „
Шлаковщиков	9 „
Приемщиц холяв	10 „
Материального цеха	19 „
Гончарного цеха	8 „
Механического	15 „
Прочих рабочих	25 „

Из 247 человек, зараженных туберкулезом (*но не больных*, т. е. согласно принятой классификации по Турбан-Штэрнбергу AI, AII, плевриты, перибронхиты), оказалось 78,1% здоровых и практически здоровых (т. е. SI и SII) равняется 19,9%.

Больных туберкулезом легких (т. е. BI, BII, BIII)=1,6%, туберкулезом лимфатических желез – 0,4%

Эмфизема легких и миокардит=17,4%, при чем, если будем высчитывать %% эмфизематиков по цехам, по отношению к обследованным рабочим данного цеха, то увидим, что в холявном цехе эмфизематиков и миокардитиков около 37%, в посудном цехе (бутылочников)—26,4%, в разводном цехе—9,3%, и у шуровщиков—11,5% миокардита, и эмфизематиков—0%.

Таким образом, явно бросается в глаза значительный процент распространения эмфиземы в наиболее вредных цехах; % значительно падает, начиная с разводного цеха, и во всех остальных цехах доходит до 0. Этот факт вполне соответствует упомянутым выше вредным моментам в холявном и посудном цехах.

Что касается количества (или %) больных туберкулезом, то таковое не соответствует вредности цеха; так, из обнаруженных 1,6% больных туберкулезом легких, ни один случай не падает на вредные цехи, и, наоборот, обнаружены в наименее вредных (подсобных) цехах. Это можно было бы об'яснить или тем, что более слабые рабочие не идут работать во вредные (тяжелые) цехи или, что заболевшие во вредных цехах рабочие переведены в менее вредные (боле легкие) цехи. Последнее имело место и на заводе „Труды", кроме того, некоторые больные туберкулезом рабочие, бывш. на учете в диспансере, вовсе уехали с завода на юг; если к тому же принять во внимание 11 человек, вызванных для дальнейшего обследования в диспансер, из которых некоторые могут быть признаны больными туберкулезом легких (т. е. имеющие субкомпенсированную форму туберкулеза), то % больных равный 1,6% конечно увеличится (уже сейчас из 11 человек нами обследованы 2, из них 1 оказался больным).

Нельзя не остановиться на некоторых бытовых условиях рабочих данного завода и хотя это не входило в задачу моей командировки, однако, кое-какие выводы можно будет сделать и по этому вопросу.

Жалованье рабочие получают вполне удовлетворяющее их нужды. По расспросу большинство питается хорошо, употребляют в пищу часто сало, молоко, масло, а некоторые и яички. Поселок электрифицирован. Жилищные условия являются совершенно неудовлетворительными. О соблюдении нормы, положенной минимальной жилой площади на 1 человека, говорить не приходится. Жилища часто сырые и темные. Поскольку удалось выяснить „ана-

мнестически" % употребляющих спиртные напитки велик. Так, непьющих по данным наших анкет всего 23⁰/₀, пьющих 77⁰/₀, из них умеренно пьющих 46,6⁰/₀, пьющих много 30,4⁰/₀, при чем (тоже по расспросу при чистосердечном признании) пить умеренно, значит уметь в один прием выпить одну бутылку русской горькой. Есть спецы, выпивающие сразу литр русской горькой или самогона и уходящие на работу. Если принять во внимание, что опрашиваемый скорее будет скрывать свою дурную привычку (страсть к алкоголю) нежели явно говорить о ней, то ⁰/₀ пьющих значительно увеличится. Мы просматривали некоторые наши анкеты с д-ром Гласко (заведывающим больницей завода „Труды") и оказалось, что многие давали ложные сведения, именно в сторону минуса. Интересно отметить, что ⁰/₀ алкоголиков тем больше, чем цех вреднее: так, в холявном цехе 90⁰/₀ алкоголиков, в посудном 76,5⁰/₀, в разводном 75⁰/₀ Шуровщики и шлаховщики (тоже довольно тяжелая работа) 76,5⁰/₀—77,7⁰/₀.

Среди обследованных женщин по нашим анкетам все не пьющие (главным образом приемщицы и относчицы холяв), однако нам доподлинно известно, что многие из них любят „выпивать". Таким образом мы видим, что алкоголь является социально-бытовым злом среди рабочих завода „Труды", которое нужно возможно быстрее и радикальнее искоренить. Во время нашего обследования превалировал самогон (не считая пива), теперь же в поселке разрешена продажа русской горькой.

Если теперь сделать кратенький обзор всему обследованию, то окажется:

А. По обследованию завода

1. Стекольное производство несомненно имеет вредные цехи, дающие определенные так наз. профессиональные заболевания.

2. Несомненно нежелательным надо признать употребление в посудном цехе несколькими рабочими одной и той же трубки.

Б. По обследованию рабочих завода и их быта

1. Эмфизема легких является несомненно профессиональным заболеванием стеклодувов.

2. Туберкулезом болеет сравнительно небольшой процент рабочих, однако, принимая во внимание тяжелые условия труда и быта рабочих и имеющиеся у них профессиональные заболевания—желательно повторное периодическое обследование рабочих, одновременно обследование абсолютно всех рабочих вредных цехов (полный охват) для уточнения статистических данных и выявления больных.

3. Жилищные условия являются весьма неудовлетворительными и требуют неотложного улучшения.

4. Алкоголизм среди рабочих завода „Труды" является социально-бытовым злом и требует немедленной ликвидации, ибо никакие улучшения условий труда на заводе или расширения и улучшения жилищных условий путем жилищно-кооперативного строительства не улучшит положения рабочих и будут вовсе сведены на нет, если не будет об'явлена война алкоголю.

Из малярийного отделения Гомельской Санстанции

Краткая характеристика малярийной эпидемии в г. Гомеле

(1923-1927 г.)

М. Б. Певзнер

С 1923 года Гомель переживает эпидемию малярии. Она была особенно сильно выражена в 1924 г. (1000 зарегистрированных случаев), а затем несколько ослабела, но еще до сих пор дает ежегодно до 600 зарегистрированных больных Кроме обычной трехдневной формы, мы из года в год наблюдаем несколько десятков случаев тропической малярии и единичные случаи четырехдневной малярии. Такова цифровая характеристика эпидемии.

Малярийное отделение Санитарной Станции начало свою работу летом 1923 г., когда сразу появилась масса свежих случаев малярии, и было важно их регистрировать и систематически хинизировать. С 1924 г. отд-е занялось учетом водного фактора в развитии малярии в Гомеле наблюдением за комарами и др. обследовательской и санитарно-просветительной работой.

Изучение водоема в районе города убедило нас, что большинство крупных водоемов, пользовавшихся дурной славой (малярийное болото), оказалось свободным от личинок комаров (озеро в парке, Горелое болото и др.). Они были загрязнены всякими нечистотами города и не подходили для жизни комаров. С другой стороны, мы обнаружили целый ряд мелких водоемов, частью с проточной водой (район Кавказа, затон Сожа, район пляжа левого берега реки Сож, вдоль городской черты), в которых наряду с личинками Culex находили и личинку Anopheles. Последние всегда были в меньшем количестве. Все перечисленные водоемы образовывались после весеннего паводка реки Сож, обычно не высыхали в течение всего лета, хорошо пригревались на солнце и являлись постоянным убежищем для малярийных комаров. Других источников (водоемов), в черте города заселенных личинками комаров Anopheles, нам обнаружить не удалось. Повидимому, *река Сож является единственной причиной образования в Гомеле подходящих условий для массового выплаживания комаров.*

Комары Анофелес встречались на протяжении всего города. Обычно они находились единицами. Из вида малярийных комаров встречались только Anopheles Maculipehnis. Летом мы не проводили никаких мер борьбы с комарами. В условиях Гомеля, мы их считали безцельными, за исключением борьбы с зимовками. Обычно ежегодно зимою малярийная станция об'являла „Неделю борьбы с комаром на зимовках“ и в эту неделю с ним велась борьба. Мы должны заранее сказать, что своими кампаниями мы преследовали не столько цели уничтожения комаров, сколько цели просветительные (см ниже). Обычно, мы обнаруживали несколько зимовок Анофелес с неболь-

шим количеством экземпляров комаров, тогда как Culex'ы иногда встречались огромными массами (подв. замка парка им. Луначарского).

Массовые заболевания малярией в городе начались в 23 г. летом (июль), а в 25 г. максимум заболеваний падает уже на апрель, май. До сих пор эти весенние м-цы дают наибольшее количество заболеваний. Больные раскинуты по всему району города, прибрежная-же полоса дает относительно больше больных, чем др. части города. Близость к реке Сож, к образуемым ею болотам, безусловно сказывается в большем заболевании малярией этого района.

По месячно движение больных за отчетные годы приведены в таблице.

Таблица 1

М-цы	Г	О	Д	Ы	
	1923	1924	1925	1926	1927
Январь	—	—	18	11	7
Февраль	—	8	8	5	3
Март	—	8	117	9	28
Апрель	13	71	244	22	74
Май	93	89	260	120	172
Июнь	251	146	128	122	124
Июль	391	145	72	91	85
Август	127	89	56	60	78
Сентябрь	103	64	30	27	42
Октябрь	68	22	11	12	—
Ноябрь	20	7	2	1	—
Декабрь	4	1	3	2	—
Всего	970	649	949	535	611

Мы видим обычную кривую с весенним под'емом, характерную для эпидемии трехдневной малярии. Общее количество больных в последние годы держится на одинаковом приблизительно уровне (500-600).

Первые годы эпидемии дали сравнительно большой процент заболевания населения. Население детских домов за это время дали больше 50 процентов заболеваний, и нам кажется, что официальная цифра в 1000 заболеваний должна быть раз в 5 увеличена, что даст для города с 60-70 тысяч населения 6-7 процентов пораженности малярией.

С клинической стороны эпидемия характеризуется легким течением болезни, легко поддающимся хинному лечению, но чрезвычайно склонному к возвратам: половина больных обычно в течение лета давала возврата болезни по несколько раз. Четвертая часть посетила амбулаторию всего только один раз и о их судьбе судить трудно; часть из них, по нашим наблюдениям, больше малярией не болело. Остальная четверть наших больных после систематического лечения оставалась свободной от малярии. Рецидивы болезни на следующий год давали не больше десяти процентов всех наших больных.

У большинства больных чередование приступов было неправильное; увеличение селезенки отмечается у 95 процентов больных;

печени—у 50 процентов; желтуха встречалась редко; были единичные случаи с петехиальной сыпью. Как осложнение малярии мы наблюдали, главным образом, стойкое малокровие; были единичные нервные и психические заболевания. Увеличение селезенки под влиянием лечения быстро шло на убыль, печень уменьшалась медленнее.

Мы имели возможность более тяжелых больных, в частности больных тропической и четырехдневной формами помещать для лечения в изолятор Санитарной станции. В 1924 г. до 20 проц. больных помещалось для лечения в стационар.

Что касается диагностики малярии, то в огромном большинстве случаев (80-95) диагноз ставился микроскопически. Определение уробилина в моче помогало нам как для диагностики, так и для суждения о течении болезни.

Лаборатория малярийного отделения производила исследование крови у приходящих больных, а также крови, присылаемой для исследования амбулаториями и больницами Обычно исследовались только капли, а в сомнительных случаях (другая форма) и мазки.

Зимою 1924-1925 г. малярийное отд-е занялось повальным обследованием детских домов, в виду массового заболевания в них летом малярией. Попутно было произведено исследование кала на глисты и крови на малярию и эозинофилию. Как и следовало ожидать, индексы паразитарный, селезеночный и эндемичный оказались тогда очень низкими. Большинство детей не обнаруживало об'ективных данных малярийной инфекции, кроме анамнеза. Последнее обстоятельство характерно для мест не эндемичных для малярии с легким клиническим лечением, к каким мы должны отнести и Гомель.

Правильному лечению больных мы придаем огромное значение и из всей массы предложенных методик мы применяем метод Цимана, предложенного им для последующего лечения. Мы приурочиваем дачу хинина к определенным дням недели, причем первые недели назначаем 5 и 4 хинных дня; последующие недели—2 дня и даже 1 день. Больных держим под наблюдением и лечением в течение 3-4 месяцев. Хинин рекомендуем брать в растворе и большая часть больных его в таком виде у нас получает; остальная часть получает порошки или облатки. В случаях возврата болезни мы обычно к внутренним приемам хинина назначаем и подкожные впрыскивания, иногда и вливание неосальварсана.

Как указано выше, мы имели несколько десятков случаев тропической малярии; эта форма давала тяжелое течение болезни в 1924 г., когда малярия была вообще сильнее выражена (в этот период наблюдался один случай коматозной малярии со смертельным исходом, диагноз был подтвержден на вскрытии и гистологически). В последние годы тропическая малярия дает менее тяжелую картину, но все же более упорную, чем трехдневная. При тропической малярии мы назначаем более сильные дозы хинина одновременно с введением хинина под кожу. Свежие случаи тропической малярии, где в крови еще полулуния не определяются, поддаются лечению сравнительно легко; там же, где полулуния находятся в периферической крови, требуется месяц беспрерывного интенсивного лечения, а затем обычное прерывистое лечение. Картина крови у больных тропической малярией восстанавливалась несколько медленнее; полихроматофилия упорно держалась месяцами. С другой стороны случаи тропической малярии в наших климатических условиях благоприятны в том отношении, что они при систематическом лечении почти ни разу не давали возврата. Случаи четырехдневной малярии протекали легче тропической; к обычному интенсивному хинному лечению мы присоединяли и синьку.

Санитарно-просветительная работа по малярии велась через Музей Санпросвета и, главным образом, через школы. В 1924 г. при малярийном отд. и в помещении Санитарной станции была организована своими средствами выставка, впоследствии пополненная красивыми таблицами и диаграммами, приобретенными в Москве. Через выставку было пропущено много школьников и других организованных групп населения.

Санитарно-просветительная работа приурочивается к упомянутой выше малярийной неделе. В эту неделю работа особенно широко разворачивается по школам через врачей и педагогов; организуются массовые экскурсии на малярийную выставку, Музей Санпросвета проводит лекции и беседы о малярии и борьбе с ней; устраивается радиопередача о малярии. Школьники разбиваются на пятерки и со специальными мандатами. Санстанции рассыпаются по всему городу и производят обследовании зимовок комаров. В течение этой недели школа неоднократно возвращается к теме о малярии, о ее передаче и о борьбе с ней. Мы считаем это чрезвычайно важным с точки зрения усвоения подростающим поколением элементарных знаний о малярии.

Такова в общих чертах характеристика малярийной эпидемии в Гомеле и работа малярийного отделения за отчетный период. Мы не приводим подробных статистических таблиц, характеризующих больных с той или иной стороны, считая, что для такого беглого очерка они излишни. Укажем только, что общее количество исследований крови за год бывает от 2000 до 3000. Помимо текущей практической работы малярийное отделение занималось 1) вопросами гематологии и в частности методикой окраски крови (доклад на конференции Ин-та им. Мечникова в Москве и Врачебная газета за 1926 г. № 7); 2) изучением изоагглютинирующих свойств крови маляриков („к вопросу об изогемагглютинации среди маляриков"—„Врач. газета" за 1926 г. № 5).

Оканчивая этот беглый очерк, хотелось бы сказать несколько слов о перспективах малярийной эпидемии на ближайшие годы. Мы указывали и перечислили все те факторы, которые имеют значение в поддержании эпидемии малярии в Гомеле. Эти природные факторы всегда были на лицо и в последние годы к ним прибавился носитель паразита—человек. Регулятором эпидемии в наших условиях, главным образом, является климат,—его средняя температура, и другие метеорологические условия. Эти последние, повидимому, недостаточно благоприятны для развития паразитов малярии, чему мы обязаны отсутствию у нас большого количества *носителей паразитов и больных хроников*. Этому фактору мы обязаны также легкому клиническому течению болезни. Эпидемия малярии, повидимому, идет на убыль; но тот факт, что вся масса больных из года в год является первично заболевшими в отчетном году, заставляет нас думать, что, хотя тенденции к росту эпидемии на ближайшее время ожидать не приходится, но полного изживания эпидемии в ближайшие годы не будет. Малярия *временно* остается у нас „эндемичной".

Проституция в БССР и заграницей*)

А. Н. Шапиро

Делу правильной организации борьбы с проституцией в значительной мере мешает одно чрезвычайно важно обстоятельство: учет и изучение проституции приходится вести исключительно по вторичным, а не первичным данным.

При существовавшей системе регламентации учет велся проституткам, проживающим в домах терпимости, зарегистрированным одиночкам, проживающим в частных домах и задержанным во время известных полицейских облав. Умножая последнее число на определенный коэффициент, разные авторы по своему определяли коэффициент, пытаясь исчислить действительное наличие тайной проституции.

Результаты получались самые разноречивые. Так Maxim du Camp определяет число проституток в Париже в 120 000, Leipine, бывший префект полиции, считает эту цифру преувеличенной, определяя ее в 60.000—80.000;

Carlier, бывший начальник городской полиции, урезывает и эту цифру; он предполагает, что она равна 14.000—17.000, исходя из следующего расчета: он полагает, что на каждую задержанную на улице за приставание или появление их в нетрезвом виде проститутку, нужно считать 5 и 6 таких же, которые должны быть задержаны.

Dufour устанавливает число таких проституток в Берлине за 1896 г. 50.000, в то время, как зарегистрировано было около 4.000, он полагает, что на каждую зарегистрированную женщину приходится 12 проституток. Флекснер считает, что единственный точный материал дает число зарегистрированных женщин и количество арестов; первое составляет безусловно только незначительную часть действительного количества проституток, но все же, умножая хотя бы на 5, можем подойти к приблизительным даннным.

Принимая во внимание, что в самом определении понятия „проститутка", равно как и в причинах проституции нет еще единства и что многие исследователи слишком далеко уходят в этом вопросе, как Ломброзо, Тарновский, а из более поздних Kurt Schneider, считая их исключительно дегенератками, близкими к преступному миру, не признавая совершенно социально-экономических причин проституции, нам станет еще яснее, насколько представляемые цифры не точны. Второе обстоятельство, мешающее учету—это то, что современная проституция во всех странах, как писал Pareut Duchatelet, отличается тем, что для большинства она составляет временное состояние; незначительная часть выходит замуж, часть переходит к труду. Д-р Федоров (очерки врачебно-полицейского надзора за проституцией в С. Петербурге) также указывает, что в Петербурге также есть немало проституток, особенно среди уроженок Прибалтийского Края, занимающихся проституцией лишь для того, чтобы собрать себе на приданное, мечтая о честной жизни в замужестве. Учесть эту группу уходящих чрезвычайно трудно.

---

*) Доложено на заседании Республиканского Совета по борьбе с проституцией и в дермато-венерологической секции при Минском Научном Обществе врачей.

Для приблизительного определения количества социально-паразитического элемента в БССР мы пользовались неопубликованными материалами, любезно предоставленными нам тов. Слупским. По довоенным данным на 1 августа 1889 г. количество зарегистрированных в пределах бывш. 3-х губерний—*Минской, Могилевской* и *Витебской* проституток было 430, что на 100.000 населения составляло 8 челов., т. е. величину довольно значительную, если принять во внимание, что осужденных на то же количество населения общими судебными учреждениями в то время приходилось 28 человек. По городам Б СР они распределялись в след. виде:

Витебск	53	Слуцк	12
Минск	65	Полоцк	8
Бобруйск	37	Быхов	8
Гомель	22	Рогачев	7

Из этого состава 50.5% составляли местные, остальная половина—из других городов.

По характеру обеспеченности семей, из коих происходили проститутки—из богатых 1,9%. зажиточных 15,1%, бедных 56,7%, неизвестн. 26,3%.

Социальное происхождение проституток представляется в следующем виде:

Из крестьян 26,0%, из дворян 2,8%, из купечества 2,3%, из мещан—64,0%, из солдаток 4,7%, проч. 0.2%.

Для выяснения количества проституирующего элемента Слупский исходит из количества задержанных, явившихся активными пособниками преступлений—таких по данным ЦСУ он насчитывает для БССР в 1925 году—173 человека, а всего 483 проституток, так или иначе, связанных с преступным миром.

В 1927 году задержано известных в преступном мире 342 проститутки в БССР, эта последняя цифра распределяется так:

Минский округ	70	Витебский „	42
Могилевский округ	67	Оршанский „	37
Бобруйский „	49	Мозырский „	6
Гомельский „	42	Полоцкий „	29

Исчисляя эти данные к численности населения, получим в общем по БССР—7 проституток на 100.000.

Состав проституирующих, на основании данных Слупского и Минского Вендиспансера, имеет много общих свойств: молодой возраст, бедность семей, низкий культурный уровень и неприспособленность к труду. Московские данные указывают, что наибольшее количество проституирующих падает на моменты безработицы.

Данные количества проституирующих, полученные Слупским, являются, по нашему мнению, далеко неточными, так как в Минском Вендиспансере лечится около 100 проституток, из которых часть, скрывая настоящую свою профессию, называют себя „домашними хозяйками", часть больных, занимающихся проституцией в виду подсобного, временного заработка, в эту группу не вошла.

Как мы уже сказали с учетом в Зап. Европе обстоит не лучше, чем у нас.

Перейдем теперь ко второму вопросу о методах борьбы с проституцией у нас и в Западной Европе.

До революции в СССР существовали дома терпимости, регламентации с ее медико-полицейскими осмотрами. Сторонники этой системы вооружались цифрами, свидетельствующими о том, что среди зарегистрированных проституток меньше больных, чем среди „тайных“, борьба с проституцией велась исключительно с точки зрения опасности ее в смысле распространения венболезней;—то обстоятельство, что проституция—недопустимое явление в смысле эксплоатации женщины, не учитывалось совершенно.

Не говоря уже о том, что регламентация проституции низводит зарегистрированных женщин до положения рабынь и не дает возврата лицам, случайно попавшим на этот путь—она, прикрываясь маской заботы о здоровьи общества и будто-бы медицинской науки—дает несчетное число жертв. Медицинские осмотры—иллюзия безопасности, обман. Профессор Стуковенков говорит „у публики существует понятие, что есть няньки в виде медико-полицейского комитета, которая заботится о безопасности ее распущенных удовольствий. Скажите же этой публике: няньки нет, все взрослые должны заботиться сами о себе, и упрека не будет“. Д-р Шперк на с'езде в 1885 году говорил—„регламентация проституции—есть распространение сифилиса с врачебной санкцией“.

Сторонники необходимости регламентации приводили данные о преобладающем заражении венерическими заболеваниями от тайных проституток, чем в публичных домах и что среди задержанных проституток оказывалось всегда больше больных, чем среди проживающих в публичных домах. Данные эти представляются далеко не убедительными, так как результаты исчисления находятся всецело в зависимости от элементов, положенных в основание исчисления, и прав, конечно, д-р Моргулис, который в своей книге „Регламентация и свободная проституция“ 1903 года, говорит, что для статистически правильной постановки и разрешения этого вопроса следовало бы взять одинаковое количество поднадзорных и неподнадзорных проституток, исследовать каждую из них одинаковое количество раз и в одинаковый промежуток времени, при том необходимо было бы, чтобы в обоих этих группах исследуемые женщины были бы одного возраста, одной национальности и одной стоимости, как проститутки.

Обнаружение большего числа больных среди задержанных об'ясняется тем, что обыкновенно задерживали проститутку, подозревая ее в проституции.

Первой, поднявшей протест против регламентации, была англичанка Жозефина Бутлер, которая в XIX столетии организовала аболиционистское движение в Англии, требовавшее отмены регламентации, как государственного института, признающего проституцию законной профессией, нарушающего личную свободу индивидуума и не дающего никаких гарантий в отношении охраны здоровья:—вместе с тем, представляя иллюзию безопасности, побуждает мужскую молодежь к пользованию проституцией.—Этим путем им удалось отменить регламентацию сначала в Англии, а затем в ее колониях.

В Швеции и Норвегии регламентация была введена в период между 1840 и 1874 годам. В Финляндии, после присоединения ее к бывшей Российской империи, указом царя в 1811 году были введены принудительные медико-полицейские осмотры.—Первое движение аболиционистов в Норвегии появляется в 80-х годах прошлого столетия. Здесь организовалась довольно сильная группа, которая, из-за религиозных и этических соображений, требовала закрытия домов терпимости, гигиенические соображения ими не были учтены. Под давле-

нием этого общества, департамент юстиции в 1884 году издал приказ о закрытии домов терпимости. Через три года были отменены медико-полицейские осмотры. Приказом 1901 года все публичные дома в Норвегии закрыты и содержание таковых наказывалось строжайшим тюремным заключением. С этого времени происходит задерживание проституток, нарушающих порядок в общественных местах. Регламентация окончательно отменена в 1906 году.

В Финляндии, под давлениим общественного мнения, в 1907 году издано постановление об отмене регламентации.

В Голландии законом от 1911 года регламентация отменена, содержание публичных домов воспрещено. Из всех Скандинавских государств Швеция была последней, которая в 1919 году отменила у себя регламентацию.

В Италии регламентация отменена в 1888 году, согласно этого закона надзору подлежали только проститутки, живущие в публичных домах. Больные проститутки, впредь до выздоровления, лишены были права заниматься своей профессией. Законом от 1905 года принудительные врачебные осмотры для всех категорий женщин, занимающихся проституцией, отменены.

В Швейцарии, начиная с 1903 года, проституция не наказуема; с этого времени воспрещены публичные дома во всех Кантонах, за исключением Женевы.

Имперским приказом от 1910 года все публичные дома в Испании закрыты, но регламентация продолжает существовать до настоящего времени.

В Австрии мы до сих пор имеем публичные дома, регламентацию, принудительные медико-полицейские осмотры и обязательное лечение больных в больницах. Зарегистрированные проститутки снабжены санитарными книжками, которые отбираются у них в случае заболевания.

Законом от 11 июня 1922 года Чехо-Словакия упразднила у себя регламентацию и публичные дома.

В Венгрии, точно так же как и в Австрии, существуют публичные дома и регламентация, причем правом заниматься проституцией пользуются только зарегистрированные и имеющие санитарные книжки. В отличие от профессиональных проституток, в Венгрии существует еще категория лиц, занимающихся проституцией, как подсобным промыслом—эта категория взамен книжек снабжена санитарными листками. При обнаружении в домах разврата женщин, не имеющих этих книжек или листков, дома закрываются и на владельцев налагаются штрафы в крупных размерах.

В Румынии процветает строгая регламентация, публичные дома с принудительными осмотрами; для больных проституток принудительное больничное лечение.

В Литве публичные дома закрыты, регламентация отменена, в области борьбы с венболезнями ими заимствованы шведские законы.

Латвия до настоящего времени сохранила закон о регистрации проституток с обязательными принудительными осмотрами. Дома терпимости закрыты.

Эстония до сих пор пользуется законом бывш. Российской империи.

Особых законов в борьбе с венболезнями в Польше не существует, дома терпимости закрыты.

Юго-Славия сохранила регламентацию.

В Бельгии с 1-го мая 1924 года отменена регламентация. В Антверпене с 1 января 1925 года закрыты публичные дома.

Во Франции, родине регламентации, последняя продолжает существовать на ряду с публичными домами, как это было 100 лет тому назад.

В Страсбурге с 1 января 1926 года закрыты публичные дома.

Законом от 1-го октября 1927 года регламентация отменена, публичные дома в Германии закрыты. Еще до издания этого закона многие города Германии упразднили у себя дома терпимости[1]).

Положение борьбы с проституцией в дореволюционной БССР, как части бывшей Российской империи, я позволю себе иллюстрировать следующими выдержками[2]): „По постановлению Минской городской думы, без разрешения санитарного комитета отдача в наем квартиры проститутке воспрещается“, по правилам 1844 года „публичная женщина переменять местожительство может не иначе, как с ведома полиции“.

В г. Могилеве „очень успешно работал на этом поприще (по надзорам за проституцией) постовой городовой. Если ему случалось получить замечание, что он не следит за проститутками, то на другой-же день утром, когда прислуга отправляется за провизией, он задерживает этих ни в чем неповинных женщин“.

По Минскому регламенту, выработанному городской думой, в число оснований, по которым женщина может освободиться от надзора, на первом месте поставлено: „в случае ее смерти“.

— Октябрьская революция смела этот позор.

ЛИТЕРАТУРА: Blaschko—Hygiene, d. Prostitution u venerische Krankheiten.—Bendig—Die Prostitution in Stuttgart in du Sahren 1884—1908.—Пр. Броннер и пр. Елистратов.—Проституция в России.—Scannel—Die Prostitution in den grossen städten im XIX Jahrhundert. Dufour. Geschichte d. Prostitution 1926. Moutane.—Die Prostitution in Wien. Pezoldt.—Zur geschichte d. Prostitution in Karsruhe. Strönenberg.—Die Prostitution. H. Haustein.—Geschlechtionkrankheiten u. Prostitution in Skandinawen. Hecht u. Haustein.—Soziale Bedeutung, Bekämpfung. Statistik der geschlechtskrankheiten, XXII Band d. Handbuch der Haut—und geschlechtskrankheiten.

---

[1]) Официальное постановление о закрытии публичных домов в буржуазно-капиталистических странах, конечно, еще не означает фактического уничтожения домов терпимости.

[2]) Цитировано по Елистратову „Проституция в России до революции 1917 года“.

Из Окружной Химико-Бактериологической лаборатории БВО

К вопросу о распространении трихиноза в Белоруссии

П. П. Алисов

В течение ряда лет среди населения Бобруйского округа имели место своеобразные заболевания, сопровождавшиеся пастозностью лица, отеком век и довольно часто повышенной температурой ремитирующего характера; заболевания эти в зависимости от тяжести течения диагносцировались то как брюшно-тифозные—паратифозные, протекавшие без реакции Видаля, то как инфлуэнца. Встречаясь круглый год, наибольшее распространение заболевания получали в осенне-зимний период.

С 1925 г. заболевания эти появились в воинских частях, что и послужило поводом к началу их систематического изучения. Постоянный клинический симптом—одутловатость лица и отечность век, а также сходство в клинической картине с заболеванием, описанным Д-ром Чеботаевым и Проф. Штуцером на Северном Кавказе под диагнозом „одутловатка"—заставили назвать и это заболевание „одутловаткой" (Терушкин), под каковым диагнозом оно и протекало до 1927 года. Осенью 1927 г. детальное изучение клинической картины заболевания, а также ознакомление с материалами по эпидемии предшествовавших лет—позволило диагносцировать это заболевание как трихинозное (Алисов). Диагностика была проверена повторным изучением лейкоцитарной формулы, обнаружившим эозинофилию, доходящую до 68% (Троицкий), а также 8-ю случаями биопсии, из коих в 7-ми были найдены мышечные трихины. По неполным сведениям только в воинских частях было зарегистрировано 215 случаев; заболевание протекало очень легко; случаев смерти не наблюдалось.

Одновременно и непосредственно за бобруйскими заболеваниями диагноз трихиноза был установлен в ряде других мест Белоруссии: Гомель около 50 случаев (Певзнер), Минск, Смиловичи, Койданово (Хазанов, Кутовский и др.).

Такое одновременное возникновение заболеваний трихинозом в ряде пунктов Белоруссии не может быть об'яснено только случайными моментами. Можно предположить, что трихинозные заболевания имели место и до 1927 г., но по тем или иным причинам не диагносцировались.

В связи с изложенным представилось интересным выявить действительное распространение трихиноза в Белоруссии.

Наиболее точное представление о степени распространения трихиноза среди людей мог бы дать секционный материал; произведенные в ряде стран в этом направлении наблюдения осветили частоту заболевания трихинозом: так, по исследованиям Fiedler'a в Дрездене трихиноз был обнаруживаем в 2—2½% всех подвергшихся аутопсии;

в Лейпциге 2—3% (Wagner); в Копенгагене—3,1—3,8% (Hayberg, Chiewitz); в Петербурге $1^1/_2$ в 2% (Руднев); в Берлине—5,6% (Opalka); в Буффало—14,25 (Thornhury) и друг.

Отсутствие такого материала в Белоруссии лишает возможности базироваться на нем при суждении о распространенности трихиноза.

Хотя клиническая диагностика трихиноза значительно труднее патолого-анатомической и спорадические случаи и даже маленькие эпидемии, но с атипическим течением уходят из-под учета—тем не менее статистический материал также дает некоторое представление о пораженности населения трихинозом.

Наиболее, повидимому, точно учитывается трихиноз в Германии, дающий к тому же наибольшее количество трихинозных заболеваний; так с 1863 г. по 1905 г. лишь в Пруссии и Саксонии зарегистрированы были 133 отдельных эпидемий трихиноза с 6.668-ю заболеваниями, т. е. более чем по 150 заболевших в год. Несмотря на хорошо организованный врачебно-ветеринарный контроль, и до настоящего времени наблюдаются то мелкие, то более крупные вспышки трихиноза: Hamburg—5 челов. (Simonds); Bromberg—12 ч. (Lipowski); Cadolzburg—10 ч. (Spaet): Pozen—60 челов. (His); Karlsruhe—150 чел. (Hiffen); Berlin—20 ч. (Werner) и многие другие.

В виду незначительности времени, в течение которого заболевания трихинозом в Белоруссии стали приниматься во внимание и учитываться, статистический материал по этому вопросу еще не успел накопиться.

В виду отсутствия материалов, дающих возможность установить действительное распространение трихиноза, представляется интересным проследить те возможности, которые в этом отношении имеются.

Поскольку трихинозные заболевания людей стоят в связи с употреблением в пищу зараженной трихинами свинины, выявление распространенности трихиноза среди свиней в Белоруссии, в связи с вопросом санитарно-ветеринарного надзора, может дать некоторое представление о распространенности трихинозных заболеваний среди людей.

С улучшением благосостояния населения неуклонно увеличивалось в Белоруссии свиноводство; если в 1916 г. в губерниях, составляющих нынешнюю БССР, насчитывалось 1.791,675 свиней, то уже к 1925-26 г. г. количество их (не считая поросят) возросло до 1.991.104 (по данным ЦСУ), а к 1927-28 г. г. достигло 2.326.587.

Так как клиника свиного трихиноза совершенно не разработана, то лишь трихиноскопические исследования могут дать представление о действительной зараженности трихинами белорусских свиней.

Каковая же постановка трихиноскопических исследований?

По данным ЦСУ: на 1925-26 г. г. по БССР на 84 поселения городского типа и 37.911 деревенских имелось 18 боен, из которых лишь 10 имели микроскопы, т. е. могли заниматься трихиноскопией; к 1928 г. положение изменилось к лучшему, так как в ряде городов были организованы трихиноскопические пункты, а также 19 станций для осмотра привозного крестьянского мяса—которые частично стали заниматься и трихиноскопией.

Не лишне отметить, что повсеместно употребляемое исследование 24 кусочков, вырезанных из наиболее поражаемых частей свиной туши (язык, гортань, ножки, диафрагмы и проч.) даже при условии хорошего технического исполнения не всегда может претендовать на абсолютную точность, так как неоднократно наблюдалось атипическое распространение трихин в мышцах.

Даже это, далеко не полная как качественно, так и количественно, трихиноскопия выявила распространение трихиноза среди свиней, далеко превосходящее не только германские цифры (от 0,14⁰/₀₀—до 0,08⁰/₀₀), но и большинство мест Союза (по данным Петрова на 1925 г. по Москве—0,1%, по Ленинграду—0,17%, по Ростову—0,4%; по Найговзину—северные губ. 0,1%, центральные—0,01%, южные—0,2%, восточные и Сибирь—от 0,2 до 3%). Для некоторых мест (о которых нам удалось получить сведения) Белоруссии распространение трихиноза будет выражаться в следующих цифрах:

Для г. Минска	за 1927 г.	. . .	0,08%
„ г. Бобруйска	„ 1927 г.	. . .	1,4%
„ г. „	„ 1928 г.	. . .	1,8% (до мая м-ца)
По г. Витебску	за 1927 г.	. . .	0,03% (по неполным данным).
„ г. Полоцку	„ 1928 г.	. . .	1% (по май м-ц).
„ Гомельскому району	за 1927 г.		От 3—4% (без привозн. Укр. свиней).
„ Жлобинскому „	за 1927 г.		2%.

В г. Могилеве и Орше трихиноз не констатировался.

Процент пораженности трихинозом свиней, мало говоря, сам по себе при умножении на все количество убитых свиней принимает довольно грандиозные размеры. Цифра общего убоя свиней может быть выяснена лишь приблизительно, в виду широко распространенного в Белоруссии надворного убоя; исходя из того, что в 1925-26 г. г. в городах Белоруссии, имеющих бойни, убой свиней равнялся 35.726 головам и принимая во внимание, что лишь 4,1% свиней проходят через бойни—общий убой свиней за 1925-26 г. г. выразится цифрой 871.365 голов.

Если допустить, явно преуменьшая (так как трихиноз значительно распространен как раз в свиноводческих районах), средний процент зараженности белорусских свиней трихинозом в 0,1, то в 1925-26 г.г. было убито 8.713 трихинозных свиней. вычтя из этой цифры 357 туш, зарегистрированных на бойнях, как трихинозные, и уничтоженных, мы получим 8.356 свиных туш, зараженных трихинозом, проскочивших санитарно-ветеринарный надзор и, повидимому, с‘еденных.

Исходя из среднего веса свиной туши в 6 пудов и считая даже по 10 фун. свинины на едока, нетрудно высчитать, что более 200.000 человек ежегодно подвергаются риску заболеть трихинозом. Если учесть, что городское население получает свинину по большей части прошедшую ветнадзор и она составляет всего лишь 25% всего потребляемого городом мяса, то станет понятным, что подавляющая часть риска падает на сельское население, у которого свинина составляет 75% потребляемого им мяса и идет в пищу чаще всего без надзора.

Такая громадная заболеваемость, если бы она имела место, вероятно давно бы привлекла к себе внимание; повидимому, имеются моменты, которые даже при употреблении трихинозного мяса уменьшают или не дают возможности развиться заболеванию.

Таковым моментом надо признать привычку употребления в пищу лишь хорошо проваренного и прожаренного свиного мяса. Наглядным подтверждением этого предположения может служить случай, имевший место в одном из местечек: женщина, получившая от своих соседей в подарок кусок свинины, делала из нее колбасу и во время при-

готовления пробовала фарш; колбаса была поджарена и с‘едена ею и ее семьей; никто из с‘евших колбасу не заболел, как не было заболеваний и в доме, откуда была получена свинина, женщина же заболела выраженной формой трихиноза (случай д-ра Монозон). В данном случае употребление даже нескольких грамм сырого свиного фарша вызвало заболевание, употребление же в пищу значительного количества прожаренного мяса—не вызвало заболевания.

Однако, не при всех условиях прогревание гарантирует полную безопасность (трихины погибают лишь при температуре 70-75° Цельсия) и тогда имеют место атипичные, невыраженные, по большей части, легкие случаи трихиноза, которые, в виду неясности клинической картины, идут под другими диагнозами—как это и имело место в течение ряда лет в г. Бобруйске.

Лишь детальное обследование лейкоцитарной формулы к 8-10 дню заболевания, исследование кала отмучиванием на 2-й неделе на наличие кишечных трихин и исследование крови по Stäubli на первой неделе заболевания (гемолис с последующим центрофугированием), произведенные в неясных случаях, помогут установить истинную причину заболевания; белорусский же врач должен помнить In dubio suspice trichinosis.

Из хирургического отделения 2-ой рабочей амбулатории г. Минска
(Завед. Б. Н. Цыпкин)

Ожоги на бутылочном заводе „Пролетарий“

Н. А. Энтин

В современной литературе мы могли отметить, что ожогам в стекольном производстве уделено мало внимания. Многие авторы ограничиваются указаниями общего характера, так напр.: „не редки среди рабочих стекольного производства повреждения и воспаления кожи“ (Roth); „выдувальщики страдают от напряжения органов дыхания, высокой t°, лучистой теплоты и резкой смены температур“ (там же).

У Фенкса Л. (том II) в главе о действии лучистой энергии на кожу при различных профессиях не упоминается профессия стеклодува. В выпуске III (Опенгейм и Мериту) в главе о профессиональных дерматозах за 1920 г. приводится 254 случая дерматозов, обусловленных действием жара и прижигающих веществ; однако в ряду перечисленных при этом профессий мы не встречаем профессии стеклодува. Характеризуя бутылочный завод им. „Октябрьской Революции“ в Константиновке, М. Экелов не упоминает совершенно об ожогах стекольных рабочих, а также у него слабо освещен труд остальных специальностей (кроме мастеров).

В ряде статей по травматологии стекольное производство почти совершенно не освещено.

Во 2-ой раб. Амбулатории, обслуживающей рабочих стеклозавода, за период времени с 1-го июня 1925 г. по 15-ое марта 1927 года накопился материал в 259 случаев ожога. Изучая этот материал, мы смогли отметить целый ряд особенностей ожогов в стекольном производстве, а также отметить разницу в травматизации отдельных трудовых групп.

Нами было произведено измерение температур на заводе № 2 16/V 1927 г.; полученные результаты изображены в таб. № 1.

Таблица 1

№	Место, где производилось измерение	T°
1	T° в „боту“ на расстоянии 1,0 мет. от стекла (приблизительно на таком расстоянии приходится держать левую кисть при набирании стекла)	78° C.
2	У ванны	51° C.
3	На 1,5 метра от ванны	38,5°
4	На краю верстака	27°
5	Средняя температура помещения	18,5° C.
6	У закалочной печи	33,5° C.
7	Во дворе в момент измерения	+12,5° C.

Таким образом, работа на верстаке сопряжена с значительным нагреванием и частой сменой температур (с 51° у ванны до 27° у края верстака).

Такие же приблизительно цифры приводит М. Экелов. Автор нашел, что воздух у ванны несмотря на раннюю весну был нагрет до 50°С.

Т° расплавленной массы достигает 1400—1500°С. Производство стекла сопровождается излучением значительного количества лучистой энергии с содержанием ультрафиолетовых лучей (инжен. Е. Зеленцов).

Ожоги среди специальностей распределялись следующим образом:

Таблица 2

Специальность	Число случаев	%
Баночники . .	111	42,86%
Мастера и помощники .	69	26,64%
Относчики . . .	21	8,11%
Повертальщики . .	20	7,72%
Отшибальщики . .	16	6,18%
Чернорабочие . .	22	8,49%
Итого .	259	100%

Примечание. Чернорабочие составляют текучую не специфическую по своей работе группу, почему в дальнейшем изложении не будем их рассматривать.

Итак, наибольшее число ожогов падает на „баночников“. В следующей таб. (№ 3) мы сопоставляем число случаев ожога по отношению к общему числу рабочих каждой специальности:

Таблица 3

Специальность	Количество работающих на предприятии	Число случаев	На каждого приходится
Баночники . . .	46	111	2,4 ожога
Мастера и помощники .	136	69	0,5 „
Относчики . . .	60	21	0.45 „
Повертальщики . .	46	20	0.4 „
Отшибальщики . .	46	16	0.3 „

Из таблицы видно, что наиболее травмируемой в отношении ожогов специальностью являются „баночники“: на 1 баночника приходится 2,4 ожога, а на каждого из других специальностей от 0,3 до 0,5.

Чем об'яснить относительно большую частоту ожогов у баночников? Это обстоятельство стало ясным при более подробном изучении ожогов, распределив их по локализациям, как это мы приводим в таблице № 4; при чем выяснилось, что больше всего подвергается ожогу левая кисть (у баночников).

Таблица 4

Локализация	Количество	%
Левая кисть	72	64,86%
Тыл стопы	22	19,98%
Правая кисть	5	4,5%
Остальные части тела	12	10,66%

Всматриваясь внимательней на амбулаторных приемах, мы могли отметить, что ожог левой кисти захватывал почти всегда определенный участок, а именно: тыл большого и указательного п. п. и 1-ый межпястный промежуток до лучезапястного сустава. Эта локализация оказалась настолько характерной, что по ней мы безошибочно могли определять специальность „баночника“.

Итак в 64% с лишним у баночников мы встречались с описанным ожогом левой кисти. Это убедительно говорило за то, что ожог левой кисти не случаен, а обусловливается определенным моментом профвредности; этими факторами являются влияние высокой температуры и лучистой энергии; т. к. при набирании стекла, баночник держит левую кисть тыльной поверхностью обращенной к „боту“ на расстоянии 1,0 метра от стекольной массы, где T° достигает 78°C. (см. таб. № 1), в то время, как правая обращена к боту ладонной своей поверхностью и отстоит гораздо дальше. Если добавим, что в течение $5^1/_2$ часов рабочего времени баночник в среднем набирает 1300—1400 баночек, тысячу с лишним раз подвергает левую кисть воздействию высокой T° и лучистой энергии, нам станет ясным и большая частота ожогов у баночников вообще, и превалирование ожогов лев. кисти (64,86%) в частности. Целый ряд фактов заставляет думать, что эти ожоги не только термические, но и *фотохимические*.

А. Л. Фенкс характеризует фотохимические ожоги кожи следующим образом:

1. Фотодерматоз развивается спустя некоторый инкубационный период (6—24 часа) после воздействия на кожу химических лучей.
2. Фотодерматоз оставляет после себя пигментацию.
3. Фотодерматоз отличается своей гистологической картиной.

При термических ожогах, последние развиваются непосредственно за воздействием агента, и при повторных воздействиях его развивается сетчатая пигментация.

В наших случаях, как мы упоминали выше, мы могли отметить некоторые особенности присущие дерматозам:

Образование стойкой пигментации левой кисти (не в виде сетки)—настоящего „загара“. Ни на каких других частях тела, также часто подвергавшихся ожогам, напр. стопа, а также и у других специальностей мы не обнаруживали этой пигментации—(остальные ожоги мы считаем исключительно термическими). Правда, эту пигментацию мы наблюдали у мастеров и их помощников, прошедших в свое время

школу баночников. Эта пигментация нами наблюдалась настолько постоянно, что мы можем ее охарактеризовать, как один из видов „профессиональных стигм“.

Пигментация левой кисти несомненно является защитительной реакцией кожи против постоянного воздействия химических лучей, какие излучаются стекольной массой. Воспалительные явления в большинстве случаев не развивались непосредственно после первых облучений, а развивались обычно к концу работы или в последующие сутки.

Правда, в ограниченном числе случаев мы наблюдали появление гиперемии, пузырей, в первые 10—20 м. работы; это случаи чисто термического ожога происходили вследствие чрезмерного подливания нефти в „ванны“ и выхождения пламени в боты.

Интересно отметить, что эти типичные ожоги чаще встречаются у лиц с малым стажем, как это мы приводим в табл. № 5.

Вероятно, с течением времени кожа привыкает к воздействию лучей.

Таблица 5

Стаж	Число ожогов	%
4 года . . .	4	3,6
3 . . .	11	9,9
2 . . .	46	41,4
ниже 2-х . . .	50	45,1

Другой локализацией ожогов, наиболее часто встречающейся у баночников, является тыл стопы (19,98%). Эта локализация часто встречалась нами и у других трудовых групп, почему она будет разобрана ниже.

Ожоги мастеров распределялись следующим образом:

Таблица 6

Локализация	Число случаев
Кисти рук	35
Стопа (тыл)	14
Остальн. локал. . . .	20

Из таблицы видно, что у мастеров и их помощников наичаще подвергаются ожогам кисти рук.

Часть этих ожогов такого же происхождения, как и у баночников; большая же часть термического характера и располагалась, главным образом, на ладонной поверхности, т. к. мастер, отделывая горлышко бутылки, держит ее раскаленною, обернутою в дымящиеся тряпки, в своих руках.

Из локализаций ожогов у других специальностей мы смогли отметить лишь тыл стоп.

В таблице № 7 мы сопоставляем частоту ожогов стопы у различных специальностей:

Таблица 7

Специальность	Частота
Относчики	52.3%
Отшибальщики . . .	21 %
Мастера и пом. . . .	19 %
Баночники	18 %
Повертальщики . . .	15 %

Причину этому следует усматривать в неблагоустройстве спецобуви—„треп". Последние представляют собою деревянные колодки с приделанными спереди кожаными носками, таким образом нога совершенно не защищена от возможности ожога. Правда, на заводе и рабочие, и администрация горячо отстаивают „трепы"—из них легче извлекать ногу в несчастных случаях, но все-таки считаем, что обувь, которая бы совершенно закрывала ногу, на много уменьшила бы частоту ожогов. „Трепы" представляют еще то неудобство, что своим кожаным краем в течение одной рабочей смены растирают незначительный ожог в большую рану.

Момент сдельщины также играет значительную роль в частоте ожогов.

Факт плохого влияния сдельщины на учащение травм упоминается во многих статьях по травматологии.

Выводы:

1. Наиболее травмируемой в отношении ожогов специальностью являются „баночники".

2. Типичным для „баночников" следует считать ожог тыла большого и указательного п. п. левой кисти и 1-го межпястного промежутка до лучезапястного сустава.

3. Ожоги баночников комбинированные—термические и фотохимические.

4. Ожоги тыла стоп у рабочих стеклозавода во многом обусловлены нецелесообразностью устройства „треп".

5. К профессиональным стигмам стеклодувов следует отнести пигментацию левой кисти.

6. Несомненную роль в частоте ожогов играет сдельщина [1])

Из профилактических мер следует указать на:

1. Необходимость сконструировать удобные щитки к ботам из поглощающего энергию материала.

2. Обшивать „трепы" полностью кожей.

БИБЛИОГРАФИЯ: Openheim, Moritz.—Профессиональные заболевания кожи. выпуск II—III —Löwy.—Профессиональные болезни.—Lehmon.—Учебник рабочей и профес. гигиены.—Roth.—Kompedium der geverbekr. 1925 г.—М. Экелов—(профилакт. Медицина № 12—1926) г.—Каплун.—Труд и здоровье.

[1]) Прим. ред. Этот вывод не обоснован материалом статьи.

К характеристике промышленного травматизма Белоруссии

(По данным органов охраны труда за 1925-26 г.

С. Дихтяр

По какому то недоразумению промышленный травматизм занимает очень мало места в социальной гигиене и социальной патологии, и самое изучение его считается почему то делом больше техников, чем врачей. Между тем не требуется особых доказательств, чтобы убедиться, что промышленный травматизм обладает всеми свойствами так называемого социально-патологического явления. В самом деле, промышленные травмы очень распространены. В 1925 году в Германии зарегистрировано 811.463 несчастных случая, из них более или менее серьезных, т. е. повлекших потерю трудоспособности—107.517. В Ленинграде за вторую 1/2 1925 года по данным страхкассы было 12.711 несчастных случаев. С июля 1925 года по июнь 1926 года по Московской губерни страхкассами было учтено 64.934 несчастных случая. В Белоруссии страхорганами загрегистрировано 7.070 несчастных случаев за 1926-27 г., что составляет—9,4% всех случаев заболевания. В Белоруссии же за то же время каждые 100 застрахованных теряли 64,4 дня вследствие нетрудоспособности по промышленному увечью; это составляет—7,2% всего времени нетрудоспособности По всему СССР около 9% всех расходов по временной нетрудоспособности тратится на пособие в связи с промышленными травмами. При этом нужно подчеркнуть, что громадное большинство несчастных случаев заканчивается восстановлением трудоспособности. Средняя продолжительность одного случая промышленной травмы равно в Московской губ. 10,5 дням, в Ленинграде 13,5, в Белоруссиии—6,8. Инвалидностью закончилось в Ленинграде 0,4% всех несчастных случаев, а смертью—0,1%. Этим определяется значение промышленных травм, которое вовсе не может и не должно измеряться числом смертельных несчастных случаев, а социально экономическими последствиями обычных не тяжелых случаев. Разумеется, распространение несчастных случаев зависит от внешних условий труда и от свойств работающих (их физического состояния, стажа, квалификации, утомления и проч.). Таким образом, промышленный травматизм должен изучаться и как социально-гигиеническая проблема и мероприятия по борьбе с ним должны разбираться также и с этой точки зрения. Вот почему мы считаем важным попытаться охарактеризовать промышленный травматизм Белоруссии. Впрочем в обосновании нуждается собственно не самая наша попытка, а материалы, которыми мы намерены пользоваться.

В нашем распоряжения—разработанные данные о 1724 несчастных случаях: 520 за 1925 г. и 1.204 за 1926 г. По отдельным отраслям промышленности они распределяются следующим образом:

Таблица 1

Наименование промышленности	1925 г.	1926 г.	Всего
Стекольная	61	246	307
Металлообрабатывающая	8	19	27
Деревообделочная	148	318	466
Спичечная	174	228	402
Пищевкусовая	29	36	65
Кожевенная	4	20	24
Бумажная	27	109	136
Производство и передача электр.	1	7	8
Кирпичное производство	11	7	18
Строительные работы	45	63	108
Белпогруз	2	33	35
Лесозаготовки	3	34	37
Кочегары	7	23	30
Обработка	—	14	14
Текстильная	—	41	41
Полиграфическая	—	2	2
Торфразработки	—	4	4

Прежде всего нужно сказать, что общее число разработанных несчастных случаев (зарегистрированных органами НКТ) далеко не соответствует действительному их числу (хотя бы по данным страхкасс). Следовательно, это число не может служить основанием для установления частоты несчастных случаев, для выведения интенсивных показателей.

Но это число, очевидно, вполне достаточно, чтобы служить для характеристики самого промышленного травматизма. В сущности, не только наш материал не дает еще данных о фактической распространенности промышленного травматизма, но таких данных вообще пока нет, потому что данные страхкасс нуждаются в очистке от бытовых травм, удельный вес которых не установлен еще, а публикуемые материалы органами НКТ, как известно до сих пор ставили перед собой задачу именно характеристики промышленного травматизма (см. „Статистика промышленного травматизма за 1922-23 г. г.“).

По данным страхкасс в наиболее крупных предприятиях Белоруссии по отдельным отраслям промышленности вычислены следующие интенсивные показатели несчастных случаев на 1000 рабочих, обработка металлов—597, химическая промышленность—525, деревообделочная—471, обработка минерал.—414, производство электроэнерг.—351, пищевая промышленность—327, обработка животных продукт.—240, бумажная промышленность—177, обработка волокнистых веществ—84, полиграфическое производство—78, в среднем—336.

Если таким образом, наш материал вполне пригоден для общей оценки характера травматизма, то он, к сожалению, представляет ограниченные возможности для такой оценки по отдельным отраслям промышленности и для оценки травматизма по профессиям вследствие значительного раздробления материала. Приведенная выше таблица показывает, по каким отраслям промышленности мы можем делать более или менее определенные выводы на основании более детальной характеристики травм—это стекольное производство, деревообделочная промышленность, спичечное производство, бумажное производство и строительные работы.

Наш материал дефектен еще в отношении сведений об исходе травм и о длительности потери трудоспособности в связи с ними; равным образом он не дает ответа на вопрос о распределении несчастных случаев по часам рабочего дня; на этом основании невозможно также дифференцировать несчастные случаи по возрасту, полу и стажу работы. При всех этих существенных недостатках все-же анализ полученных данных несомненно может принести известную пользу, тем более, что для Белоруссии это делается впервые. Во всяком случае, ориентировочная исходная характеристика промышленного травматизма получится, а на основании этой характеристики можно будет также наметить и некоторые практические выводы.

Считая, что детальное изучение материальных причин промышленных травм составляет задачу не медицинскую, мы здесь дадим лишь беглый обзор с этой точки зрения нашего материала, насколько это необходимо для правильного представления об условиях, вызывающих травматизм.

Все несчастные случаи 520+1204=1724 или 100% по материальным причинам распределяются следующим образом:

Таблица 2

Материальная причина несчастных случаев	Abs. по БССР	В %%			
		БССР 1925 и 1926 г. г.	В СССР за 1923 г.	В Ленинг. за 2½ г.	Москва 25-26 г.
Исполнит. механизм.	92+233=325 [1])	18,8	23	25,16	33,7
Приводы	8+ 5= 13	0,8	0,62	1,12	1,0
Ручное перемещение тяжести	41+174=215	12,6	15,4	10,78	12,8
Перемещение тяжести на вагонетках.	29+ 42= 71	4,2	—	—	—
Ручные инструменты	59+168=227	12,6	14,4	11,4	2
Расплавление едких огнеопасных веществ	177+273=450	26,2	—	6,7	7
Падение тяжелых предмет. и сооружений	37+ 62= 99	75,2 5,8	—	8,44	3,6
Падение рабочих с высоты	11+ 18= 29	1,8	—	4,61	2,5
Падение при ходьбе с лестниц	9+ 23= 32	1,9	—	—	—
Натыкание на предметы	3+ 13= 16	0,95	—	—	—
Накалывание на острые предметы	2+ 25= 27	1,6	—	21,17	—
Прочие причины	45+159=204	11,8	—	4,	18,5
Не указано	7+ 9= 16	0,95	—	—	—

Мы привели сравнительные данные по СССР, Ленинграду и Москве для того, чтобы показать некоторые особенности материальных причин промышленного травматизма в Белоруссии. Среди этих особенностей бросается в глаза громадный процент несчастных случаев, падающий на расплавление едких огнеопасных веществ (в Ленинграде, наоборот, обращает на себя внимание очень большой процент несчастных случаев вследствие натыкания на разные предметы). Указанная особен-

[1]) В этой и в следующих таблицах первое слагаемое—число несчастных случаев за 1925 г., второе—за 1926 г.

ность несомненно об'ясняется составом нашей промышленности, что будет видно из дальнейшего.

Совершенно естественно, что каждая материальная причина вызывает особого характера повреждения, а именно:

Таблица 3

Материал причины \ Характер несчастного случая	Всего	И з н и х						
		Ожогов	Поранений	Ушибов	Перел. и раздроб.	Отрезан. и отрыв	Вывихов.	Прочее
Несчаст. случай от исполн. механизмов . .	325	4	199	74	12	16	1	19
„ „ Приводов . .	13	—	—	6	4	1	—	2
„ „ Ручной перен. тяжести . .	215	—	64	123	14	—	2	12
„ „ от вагонеток . .	71	—	17	41	5	—	3	5
„ „ ручных инструментов . .	227	10	181	24	2	—	1	9
„ „ расплавлен. едких горюч. веществ. . .	450	442	6	—	—	—	—	2
„ „ падение на рабочих предмет. .	99	—	27	53	11	—	2	6
„ „ падение рабочих с высоты . .	29	—	4	23	—	—	—	2
„ „ падение при ходьбе на ровном месте . .	32	—	14	12	1	—	2	3
. .	16	—	13	3	—	—	—	—
„ „ накол на острые предметы . .	27	—	27	—	—	—	—	—
„ „ проч. причины .	204	7	97	76	11	2	3	8
„ „ не указано . .	16	6	7	2	1	—	—	—
Итого . . .	1724	469	656	437	61	19	14	68

По этой таблице без особых пояснений видно, какие повреждения являются главным последствием каких причин, например исполнительные механизмы вызывают, главным образом, ранения, перевозка и переноска тяжестей—ушибы, ручные инструменты—поранения, горючие и едкие вещества—ожоги и т. д. Все несчастные случаи в процентах составляются из следующих повреждений:

Ожогов—27,2%, поранений—38,0%, ушибов—25,4%. По СССР в 1923 г. ожогов—9,1%, поранений—40.2%, ушибов—38,5%. Переломов и раздроблений костей—3,5%, вывихов—0,8%, отрывов пальцев—1,1%. По СССР за 1923 г. переломов и раздроблен. костей—1,8%, вывихов—0,5% и прочих повреждений—4%.

Переходим к характеристике отдельных видов повреждения.

Поранения: являются следствием всех без исключения материальных причин и наиболее распространены среди всех повреждений. Поражают они все органы, но не одинаково часто, что видно из следующей таблицы:

Распределение поражений по отдельным органам:

Таблица 4

Поражения органов	A b s		В % %: По БССР 1925-26 г.	В % %: СССР 1922 г.
Голова	14+ 28= 42		6,4	9,8
Правый глаз	2+ 2= 4			
Левый „	2+ 4= 6	12	1,8	4,2
Оба глаза	—			
Не указ. глаз	1+ 1= 2			
Правую руку	11+ 49= 60			
Левую „	18+ 37= 55	130	19,8	18,4
Обе руки	2+ 1= 3			
Не указ. руки	5+ 7= 12			
Пальцы правой руки	33+122=155			
„ левой	49+128=177	352	53,7	51,8
„ обеих рук	2= 2			
Не указ. какие пальцы	4+ 14= 18			
Правая нога	9+ 42= 51			
Левая нога	13+ 29= 42	111	17	14,4
Обе ноги	3= 3			
Не указ. ног	3+ 12= 15			
Туловища	1+ 5= 6		0,9	1,3
Внутр. орган.	1= 1		0,1	0,1
Не указано	2= 2		0,3	—
Всего	656		100	100

Наиболее поражаемыми оказываются пальцы рук и руки. Это и вполне понятно, если вспомнить, что поранения являются следствием преимущественного влияния исполнительных механизмов и ручных инструментов. Правая и левая рука не обнаруживают сколько-нибудь резкой разницы в частоте поражения, если учесть довольно значительное число случаев, при которых не указано какая рука пострадала. Все же нужно отметить некоторую тенденцию более частого поражения пальцев левой руки и всей правой руки. Довольно значительное число поранений приходится на ноги с некоторым преобладанием поранений правой ноги. Наконец, не мало поранений приходится на голову.

√*Ожоги* занимают второе место по своей распространенности среди повреждений. По отдельным органам ожоги распределяются таким образом (см. табл. 5 на стр. 84).

По сравнению с частотой ожогов рук ожоги других органов имеют очень малое значение, при чем правая рука подвергается ожогу более чем в $5^1/_2$ раз чаще чем левая.

Таблица 5

Пораженный орган	Abs		В % % По БССР	В % % СССР 1921 г.
Голова	4+ 4= 8		1,7	8,9
Глаз	2+ 5= 7		1,5	12,6
Правая рука	152+201=353	425	90,6	38
Левая рука	12+ 51= 63			
Обе руки	1+ 3= 4			
Не указ. рука	2+ 3= 5			
Правая нога	4+ 3= 7	18	3,9	29
Левая нога	1+ 6= 7			
Обоих ног	1= 1			
Не указ. ноги	3= 3			
Туловище	3= 3		0,6	3,4
Неск. част. тела	3+ 5= 8		1,7	8,1
Всего	469		100	100

Ушибы являются преимущественным повреждением при переноске и перевозке тяжестей при падении на рабочих предметов и сооружений и при падении самих рабочих. По органам ушибы распределяются так:

Таблица 6

Пораженный орган	Abs		В % % По БССР	В % % СССР за 1923 г.
Голова	7+34=41		9,4	8,9
Правая рука	10+15=25	68	15,5	14,5
Левая рука	12+23=35			
Обе руки	—			
Не указ. руки	3+ 5= 8			
Пальцы правой руки	12+42=54	104	23,8	27,5
Пальцы левой руки	12+30=42			
Пальцы обоих рук	1= 1			
Не указ. какие пальцы	1+ 6= 7			
Правая нога	8+44=52	152	34,8	38,1
Левая нога	13+51=64			
Обе ноги	3+ 3= 6			
Не указ. ноги	11+19=30			
Туловище	26+40=66		3	11
Не указано	1+ 5= 6		1,2	—
Всего	437		100	100

В общем данные о поражаемости отдельных органов поранениями и ушибами в Белоруссии мало отличаются от данных по СССР. Значительная разница имеется в отношении ожогов. Повидимому, она зависит от различия в преобладающих причинах ожогов.

Если при поранениях и ожогах, главным образом, связаны руки, то при ушибах первое место по пораженности занимает нижняя половина тела—ноги и туловище. Довольно значительное число ушибов головы. Вследствие значительного числа случаев, при которых не указана какая рука или нога пострадала, трудно вывести заключение о сравнительной частоте их повреждения.

Переломы и раздробления костей поражают следующие органы:

Таблица 7

Пораженный орган	A b s	В °/₀ °/₀	
		По БССР	СССР
Голова	+ 2= 2	—	3,2
Правая рука	1+ 3= 4	8	13,1
Левая рука	1+ 1= 2		
Обе руки	—		
Не указ. руки	1+ 1= 2		
Пальцы правой руки	1+ 3= 4	9	14,8
Пальцы левой руки	1+ 3= 4		
Пальцы обоих рук	—		
Не указано	+ 1= 1		
Правая нога	4+11=15	34	55,7
Левая нога	4+12=16		
Обоих ног	1+ 2= 3		
Не указано	—		
Туловище	3+ 5= 8	—	13,1
Не указано	—	—	—
Всего	—	61	100

Выводы очевидны и чаще всего перелому подвергаются ноги.

Вывихи по органам распределяются следующим образом:

Таблица 8

Пораженный орган	A B S		В °/₀ по БССР
Правая рука	1+3=4	8	57,2
Левая рука	1+3=4		
Пальцы левой руки	1=1		7,1
Правая нога	2=2	4	28,6
Левая нога	1=1		
Не указан. ноги	1=1		
Не указано	1=1		7,1
Всего	14		100

Если свести все данные о распределении повреждений по органам, то получится следующая таблица:

Таблица 9

Пораженный орган	Поранение		Ожоги		Ушибы		Переломы и раздроблен.		Вывихи		Засорение		Обрезаны и отрублены		В с е г о	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Голова . . .	42	6,4	8	1,7	41	9,4	2	3,3							93	5,6
Правый глаз . .	4										3				7	
Левый глаз . .	6 } 12	1,8	} 7	1,5							1 } 8	100			7 } 27	1,7
Оба глаза . . .	—															
Не указан. глаз . .	2		7								4				13	
Правая рука . .	60		353		25		4		4						446	
Левая рука . . .	55 } 130	19,8	63 } 425	90,6	35 } 68	15,5	2 } 8	13,1	4 } 8	57,2					159 } 639	38,4
Обе руки . . .	3		4		—										7	
Не указан. руки . .	12		5		8		2								27	
Пальцы правой руки .	155				54		4						12		225	
Пальцы левой руки .	177 } 352	53,7			42 } 104	23,8	4 } 9	14,8					7 } 19	100	231 } 485	29,1
Пальцы обоих рук .	2				1										3	
Не указ. как. рук. .	18				7		1								26	
Правая нога . .	51		7		52		15		2						127	
Левая нога . . .	42 } 111	17	7 } 18	3,9	64 } 152	34,8	16 } 34	55,7	1 } 4	28,6					130 } 319	19,2
Обе ноги . . .	3		1		6		3								13	
Не указ. ноги . .	15		3		30				1						49	
Туловище . . .	7	1	11	2,3	66	15,3	8	13,1							92	5,5
Не указано . . .	2	0,3	—	—	6	1,2			1	7,1					9	0,5
Итого . .	656	100	469	100	437	100	61	100	14	100	8	100	19	100	1664 +60 проч. 1724	100

Таким образом больше всего подвержены травмам руки и пальцы: третье место занимают—ноги, голова и туловище подвергаются одинаково часто, чаще всего повреждаются глаза. Если нельзя установить какую-нибудь существенную разницу в частоте повреждений правой и левой ноги или пальцев правой и левой рук, то совершенно отчетливо выделяется правая рука, которая в три раза чаще повреждается, чем левая.

Интересно выяснить, каким преимущественно повреждениям подвержены те или иные органы. Это видно из следующего сопоставления (сколько из ста повреждений той или иной части тела приходится на тот или иной вид).

Таблица 10

Пораженный орган		Поранения	Ожоги	Ушибы	Перел. и раздробл.	Вывихи	Засорения	Отрезан. отрыв.	Всего
Голова	abs	42	8	41	2	—	—	—	93
	%	45,2	8,6	44,1	2,1				100
Глаза	abs	12	7	—	—	—	8	—	27
	%	44,4	26				29,6		100
Руки	abs	130	425	—	68	8	—	—	639
	%	20,3	66,5		11,9	1,3			100
Пальцы рук	abs	352	—	104	9	1	—	19	485
	%	72,6		21,4	1,9	0,2		3,9	100
Ноги	abs	111	18	152	34	4	—	—	319
	%	35	5,6	47,6	10,5	1,3			100
Туловище	abs	7	11	66	8	—	—	—	92
	%	7,6	12	72	8,4				100
Итого	abs	654	469	431	61	13	8	19	1655
	%	39,5	28,3	26	3,8	0,8	0,5	1,1	100

Некоторая разница в распределении всех повреждений по их отдельным видам по сравнению с приведенными выше об'ясняется тем, что здесь мы исключили все прочие виды повреждений, числом не указанных.

Итак, мы видим, что голова подвергается по преимуществу поранениям и ушибам, глаза—поранениям, но не мало засорениям и ожогам: руки—ожогам, пальцы—поранениям, ноги—ушибам и поранениям, туловище—поранениям. Удельный вес других повреждений для каждого органа ясно виден по таблице.

Весьма важно также определить какие органы больше всего подвержены опасности несчастного случая в различных отраслях промышленности. С этой целью мы расположили наш материал следующим образом:

Таблица 11

Отрасли промышленности	Голова	Глаза	Руки	Пальцы	Туловище	Ноги	Всего
Стекольная промышленность	7+ 7=14	1+3=4	26+116=142	13+ 54= 67	2+11=13	11+51= 62	60+242=302
Деревообделочная промышленность	10+20=30	4+5=9	25+ 44= 69	55+141=196	10+13=23	30+81=111	134+304=438
Спичечная промышленность	2+ 5= 7	—	151+182=333	11+ 28= 39	+ 1= 1	6+ 9= 15	170+225=395
Писчебумажная промышленность	+ 6= 6	+8=8	6+ 23= 29	9+ 36= 45	3+ 8=11	5+26 = 31	23+107=130
Строительные работы	2+ 6= 8	+1=1	8+ 7= 15	15+ 13= 28	8+ 6=14	11+26= 37	44+ 59=103
Пищевая промышленность	1+ 1= 2	+1=1	5 + 7= 12	7+ 9= 16	5+ 4= 9	4+ 8= 12	22+ 30= 52
Текстильная промышленность	+ 7= 7	—	+ 4= 4	+ 20= 20	+ 4= 4	+ 2= 2	+ 37= 37
Металлообрабатывающая промышленность	+ 4= 4	1=1	4+ 2= 6	1+ 6= 7	+ 1= 1	2+ 5= 7	8+ 18= 26
Кожевенная промышленность	+ 2= 2	—	3+ 7= 10	1+ 9= 10	+ 1= 1	—	4+ 19= 23
Лесоразработки	+ 4= 4	—	+ 1= 1	1+ 3= 4	+ 6= 6	1+ 14= 15	2+ 28= 30
Белпогруз	+ 1= 1	—	1+ 3= 4	+ 8= 8	+ 3= 3	+ 12= 12	1+ 27= 28
Кирпичные заводы	1= 1	—	1+ 3= 4	2+ 1= 3	3+ 1= 4	3+ 2= 5	10+ 7= 17
Электростанц.	+ 4= 4	—	—	+ 3= 3	1= 1	—	1+ 7= 8
Кочегары	1 + 1= 2	1+1=2	1+ 6= 7	+ 8= 8	1= 1	1+ 5= 6	5+ 21= 26
Итого	=92	=26	=636	=454	=92	=315	=1615

В перечислении на %% отношения картина представляется еще более ясной, именно:

Таблица 12

	Голова	Глаза	Руки	Пальцы	Туловище	Ноги	Всего
Стекольн. промышл. . . .	4,6	1,3	47.3	22,3	4,3	20,2	100
Деревооб. „ . . .	6,9	2,5	15,7	44,7	5,2	25,0	100
Спичечн. „ . . .	1,8	—	84,3	9,9	0,3	3.7	100
Писчебум. „ . . .	4,6	6,2	22,3	34,6	8	24.3	100
Строит. раб.	7,8	0,9	14.6	27.2	13.5	36	100
Пищев. пром.	3,8	1,9	23.2	30,8	17,1	23.2	100
Текстил. „	19	—	10.8	54,1	10,8	5.3	100
Металлооб. пром. . . .	14	3,8	23,1	27,7	3,7	27,7	100
Кожевен. „	8,3	—	46	41,5	4,2	—	100
Лесоразраб. „	13,3	—	3,3	13,4	20	50	100
Белпогруз „	3,6	—	14,3	28.6	10.7	42,8	100
Кирпичн. зав.	5,9	—	23,5	18	23.5	29,1	100
Электростан.	50	—	—	37,5	12,5	—	100
Кочегары	8	8	28	32	—	24	100
В среднем . .	5,7	1,6	39,4	28,1	5,6	19.6	100

Приведенная таблица и дальнейшие данные требуют оговорки в том смысле, что выводы для отраслей промышленности, с небольшим числом несчастных случаев, разумеется, весьма относительны, но в общем она не нуждается ни в каких комментариях.

Если расположить все отрасли промышленности вокруг средних цифр, то мы увидим, что голова сравнительно часто поражается на электростанции, в текстильной промышленности, в металлообрабатывающей, на лесозаготовках, в кожевенной промышленности, у кочегаров на строительных работах, в деревообделочной промышленности; глаза сравнительно часто травматизируются у кочегаров в писчебумажной промышленности, в металлообрабатывающей промышленности; в деревообрабатывающей промышленности; травмы рук сравнительно часты в спичечном производстве, в стекольной и кожевенной промышленности; травмы пальцев—в текстильной промышленности, в деревообделочной, на электростанции; у кочегаров, в кожевенной промышленности, в писчебумажной и пищевой промышленности; повреждения туловища сравнительно часты на кирпичных заводах, на лесозаготовительных работах, в электростанциях, в пищевой промышленности, на строительных работах, в текстильной и писчебумажной промышленности; травмы ног встречаются довольно часто во всех отраслях, кроме текстильной и спичечной промышленности. Впрочем, практическое значение всех этих выводов заключается в выявлении того, каким органам наиболее угрожает в отношении травм в отдельных отраслях промышленности. Например, в спичечной промышленности наше внимание привлекает очень значительный процент рук среди травм органов в деревообрабатывающей и текстильной промышленностях, значительный процент травм пальцев, на лесозаготовительных работах обращает на себя внимание травмы ног, на электростанциях и лесозаготовительных работах значительное число травм головы и проч. Уже это одно наводит на ряд практических соображений и на дальнейшие исследования.

Отдельные отрасли промышленности отличаются друг от друга не только по сравнительной степени поражаемости органов, но и по характеру и типу повреждений. В самом деле отдельные отрасли промышленности по числу различных повреждений распределяются следующим образом:

Таблица 13

	Поранения	Ожоги	Ушибы	Перелом и раздробл.	Вывихи	Всего
Стекол пром. .	22+124=146	25+ 84=109	13+ 32= 45	+ 1= 1	—	301
Деревооб. пром.	70+172=242	1+ 2= 3	54+114=168	8+15=23	1+3=4	440
Спичечн. „ .	12+ 29= 41	148+179=327	8+ 17= 25	2= 2	—	395
Писчебум. пром.	8+ 38= 46	+ 11= 11	15+ 51= 66	+ 1= 1	+3=3	127
Строит. работ. .	29+ 32= 61	2+ 1= 3	10+ 22= 32	3+ 3= 6	+2=2	104
Пищев пром. .	12+ 10= 22	2+ 4= 6	7+ 12= 19	2+ 4= 6	—	53
Текстил. „ .	+ 17= 17	2= 2	+ 14= 14	+ 4= 4	—	37
Металлооб. пром.	3+ 8= 11	1= 1	3+ 7= 10	1+ 3= 4	—	26
Кожевен. „ .	2+ 12= 14	1+ 2= 3	1+ 5= 6	—	—	23
Лесозаг. работ. .	2+ 10= 12	—	+ 9= 9	+ 8= 8	+2=2	31
Белпогруз . .	1+ 2= 3	—	+ 23= 23	+ 2= 2	—	28
Кирпичн. зав. .	4+ 3= 7	—	6+ 2= 8	—	+2=2	17
Электростан. .	+ 5= 5	—	1+ 1= 2	+ 1= 1	—	8
Кочегары . .	2+ 7= 9	1+ 3= 4	1+ 9= 10	1+ 2= 3	—	26
Итого. .	636	469	437	61	13	1616

В процентных исчислениях получится такая таблица:

Таблица 14

	Поранения	Ожоги	Ушибы	Перелом и раздробл.	Вывихи	Всего
Стекольн. пром.	48,6	36,2	14,9	0,3	—	100
Деревооб. „	55	0,7	38,2	5,2	0,9	100
Спичечн. „	10,4	82,8	6,3	0,5	—	100
Бумажная „	36,2	8,7	52	0,8	2,3	100
Строительн. раб.	58.6	2,9	30,7	5,8	2	100
Пищевая пром.	41,5	11,5	36	11,2	—	100
Текстил. „	46	5,4	37,8	10,8	—	100
Металлообр. пром.	42,3	3,8	38,5	15,4	—	100
Кожевенная „	60,9	13	26,1	—	—	100
Лесозаг. раб.	38,7	—	29,1	25.8	5,4	100
Белпогруз	10,6	—	82,2	7,2	—	100
Кирпичн. зав.	41,2	—	47	—	11,8	100
Электростан.	62,5	—	25	12,5	—	100
Кочегары	34.6	15,4	38,5	11,5	—	100
В среднем	39,4	29	27	3,8	0,8	100

Таблица 15

Отрасли пром.	Исполнит. механизмы	Приводы	Ручная переноска тяжести	Вагонетки	Ручные инструменты	Расплавл. едких вещ.	Падение на рабоч. тяж. предметов	Падение самих рабочих	Падение на ровн. месте	Натыкание на предметы	Натыкание на острые предметы
Стекол. . . 238 – 50 = 188	+ 1 1	1=1	5+ 8=13	—	9+62=71	25+ 75=100	3+ 4= 7	2+2=4	4+15=19	+2=2	1+19=20
Деревообр. . 406—128=278	56+123=179	2+1=3	16+68=84	22+31=53	14+31=45	1+ 2= 3	15+11=26	1+3=4	—	1+5=6	+ 3= 3
Спичечн. . . 384—170=214	11+ 22= 33	+1=1	5+ 9=14	2= 2	2+ 5= 7	147+176=323	+1 = 1	+1=1	+ 1= 1	+1=1	—
Бумажн. . . 132— 26=106	8+ 28= 36	+1=1	5+28=33	1+ 5= 6	5+14=19	+ 9= 9	5+12=17	1+5=6	+ 2= 2	+2=2	+ 1= 1
Строительн. . 95 – 40= 55	+ 1= 1	—	6+11=17	+ 2= 2	14+23=37	2+ 1= 3	8+10=18	5+4=9	3+1= 4	+2=2	+ 2= 2
Пищевкусов. . 51— 22= 29	13+ 10= 23	3+2=5	+ 7= 7	—	5+ 1= 6	+ 3= 3	1+ 1= 2	+2=2	+ 2= 2	—	+ 1= 1
Металлическ. 24 – 7= 17	2+ 7= 9	—	2+ 4= 6	—	1+ 1= 2	+ 1= 1	1+ 4= 5	+1=1	—	—	—
Кожевен. . . 21 – 4= 17	—	—	+ 3= 3	—	2+ 5= 7	1+ 2= 3	—	—	+ 2= 2	+2=2	1+ 3 =4
Лесозагот. . 28 – 3= 25	+31 = 31	—	+ 5= 5	—	3+ 8=11	—	+12=12	—	—	—	—
Текстильн. . = 37	—	—	2+24=26	—	+ 2= 2	+ 2= 2	+ 1= 1	+1=1	—	—	—
Белпогруз. . 30 – 2= 28	—	—	—	—	+ 1= 1	—	+ 1= 1	—	+ 1= 1	+1=1	—
Кирпичн. . . 14– 11= 3	—	—	—	4+ 3= 7	+ 4= 4	—	+ 3= 3	—	—	—	—
Электрич. . 6— = 6	+ 2= 2	—	—	—	+ 1= 1	—	+ 3= 3	—	—	—	—
Кочегарка . 21— 4= 17	2+ 3= 5	2= 2	+ 4 =4	+ 1= 1	+3 = 3	+ 3= 3	+ 3= 3	—	—	—	—
Итого . .	320	13	212	71	216	450	99	28	31	16	31

На основании этой таблицы по сличению с предыдущей легко установить, какие повреждения наиболее распространены в той или иной отрасли промышленности. Для стекольной промышленности, например, наиболее характерны поранения и ожоги, для деревообделочной—поранения и ушибы, для спичечной—ожоги и т. д. Далее мы устанавливаем, что по сравнению с средними величинами, поранения наиболее распространены в кожевенной промышленности, на строительных работах, на электростанциях, в деревообрабатывающей промышленности, в стекольной промышленности и проч. Точно таким же образом определяется сравнительное значение и остальных повреждений для тех или иных отраслей промышленности.

При сопоставлении данных о распространении отдельных повреждений и о распространении травм отдельных органов по отраслям промышленности получается уже более или менее отчетливая характеристика последних в отношении промышленного травматизма. Так, по нашим данным деревообрабатывающая промышленность характеризуется сравнительно большим распространением поранения пальцев, спичечная промышленность — ожогами рук, стекольная промышленность—также ожогами рук, лесозаготовительная—ушибами и переломом ног и т. д. Как видно, эти данные в общем совпадают с тем, что известно об этом вопросе. Это, между прочим, служит лишним доказательством полной пригодности нзшего материала для поставленных нами целей.

Ради полноты характеристики отдельных отраслей промышленности приведем данные о том, какие материальные причины, главным образом, вызывают несчастные случаи в них (См. табл. 15).

Тоже в процентах:

Таблица 16

	Исполн. механизмы	Приводы	Ручн. переносн. тяж.	Вагонетки	Ручн. инструменты	Распл. едк. хим. вещ.	Паден на рабоч. тяж. пред.	Пад. сам. раб.	Пад. на ровн. месте	Натыкание на предметы	Натыкание на острые предметы	Итого
Стекольн. пром.	0,4	0,4	5,5	—	29.8	42,6	3,0	1,7	8,0	0,8	8,4	100
Деревообр. „	44,1	0.7	21,2	13	11,1	0,7	5	1,0	—	1,5	1,7	100
Спичечн. „	8,6	0,3	3,5	0,6	1,8	84,1	0.3	0,3	0,3	0,2	—	100
Бумажн. „	27,3	0,8	25	4,5	14,2	6,8	12,8	4,5	1,5	1,5	0,8	100
Строит. раб.	1,1	—	18	2,1	39	32	19	9,4	4	2,1	2,1	100
Пищевая пром.	45,1	9.8	13.7	—	12	6	3.8	3,8	3.8	—	2,0	100
Текстил. „	84	—	—	—	5.3	5.3	2,7	2,7	—	—	—	100
Металлооб. „	37.5	—	25	—	8.3	4,2	20,8	4,2	—	—	—	100
Кожевен. „	—	—	14.3	—	33.3	14,3	—	—	9,5	9,6	19	100
Лесозаг.	—	—	17,8	—	39,2	—	43	—	—	—	—	100
Белпогруз	—	—	86,8	—	4.4	—	4,4	—	4,4	4,4	—	100
Кирпич. зав.	—	—	—	50	28,6	—	21.4	—	—	—	—	100
Электрост.	33	—	—	—	16,7	—	50	—	—	—	—	100
Кочегары	23,8	9.5	19.0	4,8	14,3	14,3	14,3	—	—	—	—	100
В среднем	21,5	0,9	14,3	4,8	14.5	30,3	6,6	1,8	2,1	1,1	2,1	100

Внимательное чтение приведенной таблицы дает ответ на вопросы, какая материальная причина имеет наибольшее значение в отдельных отраслях промышленности (в стекольной промышленности—расплавление веществ, в текстильной промышленности—исполнительные механизмы, кожевенной—ручные инструменты и т. д.) и в какой отрасли промышленности наиболее распространена, по сравнению с

средними величинами, те или иные материальные причины (например, ручная переноска тяжестей — в деревообрабатывающей и бумажной промышленности, Белпогрузе, ручные инструменты — строительном, лесозаготовительном, стекольном производствах и т. д.). Иначе говоря, таблица дает также определенное практическое направление мероприятиям по борьбе с промышленным травматизмом по отраслям промышленности.

Попутно с приведенными данными представляет значительный интерес оценка „виновности“ в несчастных случаях. Наш материал охватывает в этом отношении 634 случая, которые распределяются так: из-за случайности 16 или 2,5%, из-за несовершенных способов работы 25 или 4%, по вине сотоварища по работе 40 или 6,3%, по вине администрации 176 или 27,8%, по вине пострадавшего 377 или 59,4%.

Эти сведения, таким образом, подтверждают установившийся, к сожалению, в литературе взгляд, будто в большинстве несчастных случаев виноваты сами пострадавшие. Мы не сомневаемся, что это есть плод какого то нелепого недоразумения, в которое впадают обычно все инспектора, расследующие несчастные случаи и дающие им оценки. По сути дела несчастный случай возможен только там, где имеется материальная причина и способствующие условия (общесанитарные, способ работы, состояние организма рабочих и усталости их, отсутствие мер предосторожности и предупреждений и т. д.), т. е. вины рабочего не может быть. Неосторожность рабочего не есть вина, а беда, последовавшая в результате указанных только что об'ективных причин. Упоминая об этом, мы отнюдь не исключаем роли и значения самих рабочих в происхождении и распространении несчастных случаев, но мы считаем, что эта роль и значение так сказать не индивидуальны, т. е. они не существенны при об'яснении отдельного несчастного случая, а очень важны в социально-гигиеническом и социально-техническом смысле. Половой и возрастной состав пострадавших, их стаж должны давать определенные указания на счет социальных мер, т. е. касающихся групп рабочих. К сожалению, мы уже указывали в самом начале этой работы, что наш материал не дает доброкачественного ответа на эти насущные вопросы, и мы вынуждены ограничиться попыткой осветить промышленный травматизм в Белоруссии только с точки зрения профессионального состава пострадавших, да и то только в некоторых отраслях промышленности, где отдельные профессии представлены более или менее значительным числом рабочих:

Таблица 17

В стекольной промышленности из	(50+246)	296	несч. случ.	100%
было среди баночников	(9+ 51)	60	„ „	или 20,3 „
„ „ стеклодувов . . .	(9+ 49)	58	„ „	19,6 „
„ „ шлифовщиков . . .	(+16)	16	„ „	5,4 „
„ „ чернорабочих . . .	(+14)	14	„ „	4,7 „
„ „ отшибальщиков . . .	(+11)	11	„ „	3,7 „
„ „ наборщиков . .	(+10)	10	„ „	3,4 „
„ „ прочих профессий . .	(32+ 95)	127	„ „	42,9 „
В деревообделочной промышленности из	(148+304)	452	несч. случ.	100%
было среди циркулярщиков . .	(17+ 39)	56	„ „	или 12,3 „
„ „ чернорабочих . . .	(11+ 27)	38	„ „	8,4 „
„ „ возчиков	(+17)	17	„ „	3,8 „
„ „ станочников	(13+ 18)	31	„ „	6,8 „
„ „ парщиков	(+15)	15	„ „	3,3 „
„ „ лупильщиков	(+12)	12	„ „	2,6 „
„ „ податчиков	(14+ 12)	26	„ „	5,8 „
„ „ рубщиков	(+11)	11	„ „	2,4 „
„ „ прочих	(93+152)	245	„ „	54,6 „

В спичечном производстве из	(174+228)	402	несч. случ.		100%
было среди упаковщиков	(139+179)	318	„ „	или	79,1 „
„ „ прочих	(35+ 49)	84	„ „		20,9 „
В текстильном производстве из	(+ 41)	41	несч. случ.		100%
было среди моточников	(+ 14)	14	„ „	или	34,1 „
„ „ прочих	(+ 27)	27	„ „		65 9 „
В бумажном производстве из	(+109)	109	несч. случ.		100%
было среди покатчиков	(+ 10)	10	„ „	или	9,2 „
„ „ прочих	(+ 99)	99	„ „		90,8 „
На строительных работах из	(45+ 63)	108	несч. случ.		100%
было среди плотников	(16+ 27)	43	„ „	или	39,8 „
„ „ чернорабочих	(20+ 14)	34	„ „		31,5 „
„ „ прочих	(9+ 22)	31	„ „		28,7 „
В Белпогрузе из	(+ 33)	33	несч. случ.		100%
было среди грузчиков	(+ 28)	28	„ „	или	84,9 „
„ „ прочих	(+ 5)	5	„ „		15,1 „

К сожалению, мы не можем вывести риска промышленного травматизма по отдельным профессиям, выведенные экстенсивные показатели распространения несчастных случаев по профессиям имеют, разумеется, весьма относительное значение, при этом значение отрицательное: мы не можем установить, за некоторым исключением, что среди каких-либо профессий несчастные случаи имеют сколько-нибудь особенно большое распространение по сравнению с другими профессиями.

Нам осталось еще привести данные о распределении несчастных случаев по дням недели:

Из (514+1199) 1713 несч. случ. на	воскресенье падает	(11+ 31)	42,
	понедельник „	(90+202)	292,
	вторник „	(97+209)	306,
	среду „	(87+195)	282,
	четверг „	(85+195)	280,
	пятницу „	(96+208)	304,
	субботу „	(48+159)	207.

Если принять число несчастных случаев в понедельник за 100, то в воскресенье происходит: 14,4 несчаст. случ.

„ понедельник	„	100	„	„
„ вторник	„	104,8	„	„
„ среду	„	94,2	„	„
„ четверг	„	93,5	„	„
„ пятницу	„	104,1	„	„
„ субботу	„	70,9	„	„

Найти какое-нибудь рациональное об'яснение такому распределению несчастных случаев по дням недели довольно трудно.

Этими данными исчерпывается материал о несчастных случаях за 1925-1926 г. г., на основании извещений, полученных органами НКТ. Уже указывалось в начале, что многие существеннейшие стороны, особенно-важные именно для социально-гигиенического освещения промышленного травматизма, остаются не затронутыми, но некоторые выводы можно сделать и без этого. Нам кажется особенно важным прежде всего подчеркнуть, что промышленный травматизм не является

каким то неизбежным злом, одним из проявлений природы промышленности. Эта истина давно установлена на основании многочисленных статистических наблюдений, но все еще слишком часто встречается мнение, что „известное“ количество несчастных случаев обязательно. Второй предрассудок, царящий в области промышленного травматизма,—это „вина рабочих“ в большинстве несчастных случаев. Строго говоря, нет ни одного несчастного случая, на который толкал бы рабочего кто либо, кроме его собственной неосторожности, но суть дела заключается: во-первых, в наличии об‘ективных возможностей несчастного случая, и, во-вторых, в том состоянии рабочего вследствие общих условий труда, которое притупляет его осторожность. Таким образом, и устанавливается связь между промышленной травмой, состоянием организма потерпевшего и общими условиями труда. Этим определяются и меры борьбы с промышленным травматизмом, общие основы которых достаточно известны: улучшение санитарного состояния пред приятия, и устранение непосредственных причин несчастных случаев, правильное распределение работы между рабочими, в зависимости от пола и возраста, квалификации и подготовки. Само собой понятно, что в отношении отдельных отраслей промышленности resp. отдельных предприятий конкретные меры в одном, другом, третьем или во всех направлениях могут быть разработаны лишь на основании специального изучения характера и распространения промышленного травматизма.

В частности, наш материал дает основание сделать такие выводы:

1. Большую часть несчастных случаев составляют поранения (38%), ожоги (27,2%) и ушибы (25%).

2. От поранения, главным образом, страдают пальцы рук (53,7%), от ожогов—правая рука (св. 79%), от ушибов—ноги (34,8%) и пальцы рук (23,8%), от переломов и раздроблений—ноги (55,7%), от вывихов—руки (57,2%).

3. Голова чаще всего поражается вследствие поранений (45,2%) и ушибов (44,1%), глаза вследствие поранений (44,4%), ожогов (20%) и засорений (29,6%), руки вследствие ожогов (66,5%), пальцы рук вследствие поранений (72,6%), ноги вследствие ушибов (47,6%) и поранений (35%), туловище—вследствие ушибов (72%).

4. Голова сравнительно часто подвергается в деревообделочной промышленности (6,9% всех несчастных случаев), на строительных работах (7,8%), в текстильной промышленности (19%), в металлообрабатывающей промышленности (14%).

Глаза—в деревооб. промыш. (2,5%), писчебумаж. (6,2%), металлоб. промыш. (3,8%);

руки—в стекольной пром. (47,3%), в спичечн. пром. (84,3%);

пальцы—в деревооб. пр. (44,7%), писчебумаж. (34,6%), пищевой (30,8%), в текстильной пром. (54,1%);

туловище—на строительных работах (13,5%), в пищевой (17,1%), в текстильной (10,8%);

ноги—в деревообр. промыш. (25%), писчебумаж. (24,3%), на строит. раб. (36%).

5. В стекольной промышленности наиболее распространены поранения (48,6%), в деревообд.—поранения (55%) и ушибы (38,2%), в спичечн. пром.—ожоги (82,8%), в бумажной пром.—ушибы (52%), и поранения (36,2%), на строительных работах—поранения (58,6%).

6. Главными материальными причинами несчастных случаев являются расплавленные химические вещества (30,3%), исполнительные механизмы (21,5%), ручные инструменты (14,5%), переноска тяжестей (14,4%).

7. Распределение несчастных случаев по дням недели не поддается рациональному об'яснению.

8. Сравнительный риск по отдельным профессиям на основании данного материала установить невозможно.

9. Основными мерами борьбы с несчастными случаями являются улучшение санитарных условий работы, распределение работы между соответствующими (по полу, возрасту, квалификации) рабочими и устранение непосредственной причины несчастных случаев (техника безопасности).

10. Конкретные меры для отдельных отраслей промышленности или предприятий могут разрабатываться лишь на основе детального изучения промышленного травматизма.

11. Данная работа, не давая ответа на многие существенные вопросы, дает соответствующее гигиеническое освещение промышленного травматизма, представляет собою исходный материал для дальнейшей разработки этой важнейшей темы гигиены труда и фиксирует внимание на некоторых практических вопросах борьбы с несчастными случаями в отдельных отраслях промышленности Белоруссии.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Катэдра ортопэдыі БДУ і ортопэдычная амбуляторыя НКЗ Бел.

Аб прыраджоных зьвіхах лагво-бядровае суставы*)

Доцэнт М. Шапіра

Паважаныя таварышы! Перад тым, як перайсьці да асноўнай тэмы маей лекцыі, я дазволю сабе спыніцца ў некалькіх словах на сутнасьці ортопэдыі, як навукі, навукі яшчэ маладой, якая зусім нядаўна заняла месца сярод іншых дысцыплін, з якіх складаецца праграма мэдычнае адукацыі ў нашай вышэйшай навуковай установе.

Па меры таго, як пашыраецца скарбніца мэдычных ведаў, зьяўляюцца новыя дысцыпліны, якія ўзьнікаюць самастойна, альбо адшчапляюцца ад буйных, асноўных дысцыплін.

Усе яны могуць быць падзелены на 2 групы, якія значна адрозьніваюцца адна ад другой. Да першае групы належаць тыя навукі, якія разглядаюць чалавека, здаровага і хворага, наогул і з розных пунктаў погляду. Кожны новы погляд на яго—ёсьць дапаўненьне да вывучэньня і, таму, вельмі каштоўны. Гэтыя навукі зьяўляюцца, такім чынам, асноўнымі і прадстаўляюць фундамант для мэдычнага выкладаньня.

Яны не хаваюць у сабе небясьпекі вузкасьці поглядаў, строгай спэцыялізацыі, бо іх імкненьні маюць концэнтрычны кірунак; яны набліжаюцца адна да другой, каб разам дайсьці да вызначанай мэты—вывучэньню чалавека.

Да другой групы належаць дысцыпліны і спэцыяльнасьці, якія абмяжоўваюцца паасобнымі органамі цела чалавека і якія маюць у сваёй аснове такую складаную тэхніку, для аўладаньня і вывучэньня якой патрэбна шмат сілы, часу і энэргіі. Іх аснова—тэхніка, у адзнаку ад першых—чыста навуковых. Іх практычная неабходнасьць бясспрэчна. Але яны хаваюць у сабе небясьпеку аднабочнасьці, вузкай спэцыялізацыі.

Як паасобныя людзі глядзяць на гэтую небясьпеку—гэта іх асабістая справа. Адных вабіць да чыстай навукі, другіх—да прыкладной—да тэхнікі. Адны знаходзяць сваё здаваленьне ў вышэйшай, дасканалай тэхніцы, другія вывучаюць усё строга навукова. Так заўсёды было і ў гэтым няма нічога дрэннага. Абодвы гэтыя віды людзей прызначаны дапаўняць адзін другога.

Да якой-жа групы належыць ортопэдыя?

Яе можна адзначыць як навуку аб патолёгічнай мэханіцы чалавечага цела і як здольнасьць адхіляць і зьнішчаць усе парушэньні гэтай мэханікі.

Яе першай і самай важнай задачай зьяўляецца тое, што азначаецца словам „ортопэдыя", гэта значыць—выхаваньне цела. Таму яе аб'ектам зьяўляецца ў першую чаргу чалавек у часе яго росту.

*) Уступная лекцыя па ортопэдыі, якая была прачытана V курсу мэдфака БДУ 10 лютага б. г.

Яе другая задача—захаваньне чалавека, які расьце яго мэханічных функцый, а таксама і адхіленьне ўсіх калецтваў, якія могуць зьявіцца на працягу яго жыцьця.

Такім чынам, яна разглядае ўсяго чалавека ад нараджэньня і аж да сьмерці са сваіх уласна-орыгінальных пунктаў погляду і імкнецца пранікнуць у сутнасьць і вывучэньне мэханікі яго цела і ўладаць імі.

Якімі сродкамі яна гэтага дасягае—зьяўляецца пытаньнем другараднага парадку.

Такім чынам, мне здаецца, што ортопэдыя мае сваё месца сярод навуковых дысцыплін, а ня тэхнічных спэцыяльнасьцяй, бо яе сутнасьць азначаецца не якой-небудзь асаблівай тэхнікай, а тымі шляхамі, якія вядуць яе да вызначанай мэты—вывучэньня нармальнай і паталёгічнай статыкі і мэханікі чалавечага організму.

Па меры пашырэньня граніц кожнай галіны мэдыцыны, утвараюцца паміж імі сумежныя галіны, якія вымагаюць удзелу некалькіх дысцыплін для распрацоўкі тых ці іншых пытаньняў. У гэтых адносінах ортопэдыя па сутнасьці сваёй знаходзіцца ў заўсёднай і цеснай сувязі з нэўролёгіяй, пэдыатрыяй і хірургіяй.

Аднак зусім ня маюць рацыі некаторыя хірургі, асабліва на Захадзе, якія яшчэ нядаўна лічылі аддзяленьне ортопэдыі і імкненьне яе да незалежнай дысцыпліны, шкоднай для самой хірургіі.

Такі погляд меў месца і апраўданьне тады, калі прадметам вывучэньня быў кожны хворы орган паасобку, калі кожная хвароба разглядалася, як нешта самастойнае.

Зусім іншае мы бачым цяпер: сералёгія, імунытэт, унутраная сэкрэцыя адчыняюць новыя перспэктывы і шляхі вывучэньня чалавека. Навука аб констытуцыі прапануе разглядаць чалавека, як складаную біолёгічную адзінку, што ў корані зьмяняе ўсе даўнейшыя погляды на хваробу. Асабліва яскрава выяўляецца гэты погляд у ортопэдыі.

Арганізм чалавека пабудаваны з вялізнага мноства органаў і іх комплексаў, якія шчыльна злучаюцца паміж сабой. Вэгетацыйныя органы кіруюць чыста жывёльным жыцьцём; органы пачуцьцяў успрыймаюць знадворны мір; адзін комплекс органаў служыць выключна для падтрыманьня і руху цела; ён выразна вылучае чалавека, як асобу; ім чалавек карыстаецца для здабываньня пажывы, а таксама для абароны; ён адзін фізычна, але сумесна з разумовымі здольнасьцямі, забясьпечвае чалавеку ў псіхафізычным сэнсе яго высокае соцыяльнае становішча.

Тут з асаблівай яскравасьцю выяўляецца залежнасьць паміж біолёгічным і соцыяльным.

Усе галіны гэтага комплексу органаў руху маюць сваю актыўную крыніцу ў цэнтральнай нэрвовай сыстэме; цяглíцы зьяўляюцца маторамі, якія кіруюць усімі рухамі суставаў; усё разам—прадстаўляе сабою адну замкнутую фізыолёгічную статычна-дынамічную адзінку, у якой кожная частка залежыць адна ад другой; яе колькаснае значэньне вызначаецца тым, што адны толькі цяглíцы важаць больш трэці ўсяго цела, якаснае—што амаль увесь рухальны апарат можа быць спаралюжаваны і ад гэтага ня будзе ніякай шкоды іншым комплексам органаў.

Усе зьявішчы, якія парушаюць часова альбо надоўга гэты комплекс органаў руху, належаць да ортопэдычнай соцыял-біолёгіі.

Пакуль хвароба органаў руху знаходзіцца ў вострай стадыі, соцыяльныя вымогі чакаюць, пакуль хворы будзе біолёгічна выратаваны.

І толькі, калі хвароба мінула, пакінуўшы свае цяжкія разбурэньні, соцыяльна-біолёгічная думка выступае ва ўсім сваім аб'ёме, кіруючы ўсімі нашымі дзеяньнямі, якія імкнуцца да таго, каб з пакалечанага індывідуума зноў зрабіць соцыяльна-апраўданую істоту.

А калі прыняць пад увагу ортопэдычную профіляктыку, якая павінна быць добра вядома кожнаму ортопэду, то перад намі паўстае ва ўсёй яснасьці значэньне ортопэдыі, як самастойнай навукі і прадмету, з якім студэнты павінны быць добра знаёмы. Яна адчыняе перад імі бясспрэчнае вялізнае значэньне, якое мае ортопэдычнае лячэньне на права самастойнага існаваньня і знаёміць іх, такім чынам, з асновамі соцыяльнае гігіены і соцыяльнае біолёгіі.

Пратэзаваньню вызначана ў ортопэдыі далёка не апошняе месца. Яно заканчвае ўвесь цыкль ортопэдычнага лячэньня, а ў сэнсе абслугоўваньня інвалідаў вайны, яно іграе вялізную ролю, зварачаючы ім працаздольнасьць.

Нажаль, гэта галіна ортопэдыі ніколі не выкладалася на мэдычных факультэтах і гэта акалічнасьць значна дапамагла павялічэньню колькасьці калек пасьля пражытых войн.

Цяпер гэтыя памылкі выпраўляюцца.

Нар. Кам. Ах. Зд. Бел., па майму дакладу, злучыў у адно пратэзную майстэрню з адчыненай ортопэдычнай амбуляторыяй, стварыўшы, такім чынам, адну ўстанову, якая яднае ўсе галіны ортопэдыі: хірургічную, мэдыка-мэханічную і тэхнічна-пратэзную.

Гэтым ухіляюцца ўсе моманты аднабочнасьці, якія вельмі шкодны і хвораму і доктару, і ствараецца ўстанова, у якой падрастаючае пакаленьне дактароў можа атрымаць знаёмства са ўсёй ортопэдыяй.

І з таго часу, як Бел. Дзярж. Ун-т уключыў гэтую лячэбную ўстанову ў сетку сваіх устаноў, яна з лячэбнай зрабілася і навучальнай, і ў цесным кантакце з вышэйпаданымі старэйшымі дысцыплінамі дасьць магчымасьць вылячыцца вялікай колькасьці ортопэдычных хворых і таксама будзе рассаднікам ведаў для тых маладых дактароў нашае краіны, якія выходзяць на самастойны шлях працы.

Тэрмін „Ортопэдыя“ для самастойнай дысцыпліны ў вялікай галіне мэдыцыны ўведзен францускім аўтарам—праф. Nicola Andry, які апублікаваў у 1741 годзе свой двух-томны труд: „L'orthopädie, ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfauts les deformités du corps“. Праўда, зьмест гэтае кнігі мала падобен да таго, што мы разумеем пад паняцьцем „ортопэдыя“ цяпер, праз 200 гадоў, але намёкі і паказаньні на функцыянальную тэрапію дэфармацыяў маюць сваю вартасьць, асабліва цяпер, калі ўся ортопэдыя перайшла на функцыянальныя рэйкі.

Але па сутнасьці карэньні ортопэдыі паглыбляюцца да пачатковай эры мэдыцыны, а таксама і наогул чалавецтва. І нават зусім нядаўныя прапановы, як гімнастыка, спорт і фізкультура, яскрава выступаюць у быце першабытных людзей, якія стаяць яшчэ на вельмі нізкай ступені культуры. У гэтых прыёмах можна ўгледзіць бесьсьвядомую традыцыю да прафіляктыкі розных дэфармацыяў, і вывучаючы быт і звычаі прымітыўных народаў, знаходзіш у іх карэньні гэтага руху.

Масаж таксама адносіцца да старажытных часоў. Паказаньні на гэты від лячэньня мы знаходзім у Аюр-Вэда Сузруты каля 8-мі вякоў да Н. Х.

Непарушныя павязкі і пакроўныя перавязкі былі добра вядомы дагістарычным народам. Пры раскопках пірамід знойдзены муміі з добра выпрацаванымі непарушнымі павязкамі.

Бацькай ортопэдыі, як і агульнай мэдыцыны, зьяўляецца напэўна Гіппакрат, сын лекара Гэракліда, які жыў у пятым веке да Н. Х., гэты ўсеахоплівоючы гэні старажытнага міра.

Гіппакрат ведаў этапную рэдрэссацыю касалапасьці, лячэньне зьвіхаў і пераломаў, рэдрэссацыю сколіатычнага і спондылітычнага гарба. Ён дасканала ведаў і опэрацыйную тэхніку. Вядома, што Гіппакрат карыстаўся шрубай для выпраўленьня контрактур і рабіў выпальваньне хворых месц распаленым зялезам—старажытныя, але і сучасныя прыёмы. Прыпяканьне ён уважаў за лепшае, чым нож, бо ня ўмеў спыняць цечу крыві. Ён быў знаём з прыраджонымі зьвіхамі лагво-бядровае суставы, і дапаўняў свае лячэбныя сродкі тымі працэдураму, якія носяць сёньня назву фізыятэрапіі, гэта значыць: сьвежае паветра, сонца, масаж і гімнастыка. Ваннам ён не прыдаваў асобнага значэньня.

Пасьля Гіппакрата ортопэдыя нібы та трапіць у паласу заняпаду, аж да Галена (131-206 г.), які апавясьціў свае дасьледваньне „Аб нагнаеньні ў другой шыйнай хрыбетцы“ і які прапанаваў лячыць сколіозы дыхальнай гімнастыкай і сьпяваньнем, а таксама і бандажамі. Тэрміны кіфоз, лордоз і сколіоз уведзены ў ортопэдыю Галенам. У III-м веку дактары ўжо аўладаюць тэхнікай прыпынку крыві. Antyllus уводзіць перарэзку сухажыльляў пры контрактурах. Але слабыя веды анатоміі не даюць магчымасьці разьвіць гэтую ідэю і ў хуткім часе Antyllus сам адмаўляецца ад гэтага, бо перарэзаліся больш нэрвы, чым сухажыльлі.

У Цэзара і Тацыта мы сустракаем паказаньні на ампутацыі і на штучныя канцавіны.

Па вялікім пэрыядам зацішша, ортопэдыя зноў пачынае разьвівацца ва Францыі ў XVI веку.

Ambroise Paré піша аб прыраджоных дэфармацыях, аб выкрыўленьнях хрыбетніцы і цікавіцца праблемамі пратэзаваньня. Сьледам за ім Fabricius ab Aquapendente прапануе зялезны карсэт для лячэньня, чым закладваецца фундамэнт пратэзна-бандажнай тэхніцы.

У сярэдзіне XVII стагодзьдзя зноў выступае на сцэну опэрацыйны кірунак. Minnius уводзіць перарэзку musc. sternocleidomastoidei пры крывышые. Каля таго самага часу зьяўляецца клясычны трактат Гліссона аб рахіце з дэтальна распрацованымі паказаньнямі лячэньня гэтых выкрыўленьняў гімнастыкай, масажам і апаратамі. Ён першы паказвае на паважнасьць патолёга-анатомічных дасьледваньняў для глыбейшага вывучэньня ортопэдычных пакут. Пятля Гліссона добра ўсім вядома і без яе нельга сабе мысьліць няводнай ортопэдычнай установы. На патолёга-анатомічным грунце выходзіць у сьвет шэраг прац, якія ляглі ў аснову ортопэдычнай навукі. Pott выпускае сваю працу аб спэцыфічных кіфозах у 1780 годзе. У 1803 годзе Scarpa піша аб нармальнай і патолягічнай анатоміі касалапасьці; у 1826 годзе зьяўляецца клясычная праца Dypuitren'а аб прыраджоных зьвіхах лагво-бядровае суставы.

Да гэтага-ж часу адносіцца і адчыненьне спэцыяльных ортопэдычных лячэбніц, першая такая ўстанова зьяўляецца ў Швэйцарыі па ідэі Вэнэля ў 1780 годзе. Асабліва ўславілася лячэбніца ў Канштаце пад кіраўніцвам Гэйне, першага дасьледніка поліоміэліта (1829 г.). У першай палове XIX сталецьця такія ўстановы ўзьнікаюць усюды пад кіраўніцтвам лепшых ортопэдаў: Праваца і Гуэрэна ў Парыжу, Манзы—у Копенгагене, Гірша—у Празе, Дэльпэша—у Манпельле, Дэ-Роона—у Пэтэрсбургу.

Дэльпэш зноў прапануе адчыненую перарэзку сухажыльляў, але з поваду інфэкцыі гэта карысная опэрацыя зноў паддаецца забыцьцю, пакуль Стромэйэр у 1831 годзе біскучай ідэяй падскурнай перарэзкі сухажыльля ня выправіў касадапасьці славутаму ўпасьледку ангельскаму ортопэду Littl'ю. З гэтага моманту гэта карысная опэрацыя, заснованая на зьнішчэньні супраціўленьня цягліц пры контрактурах робіцца маёмасьцю чалавецтва Стромэйэр зьяўляецца сапраўдным тварцом ортопэдыі.

Да гэтага самага пэрыяду адносяцца і спробы перамагчы і супраціўленьне касьцей пры выпраўленьні дэфармацыяў. Oesterlen увёў у 1827 г. зноў пры кепска зросшыхся пераломах касьцей остэоклязыю, забытую ў сярэднія вякі. Амэрыканец Barton зрабіў ў 1820 г. першую остэотомію пры анкілозе, а ў 1835 г. Louvier зрабіў першае brisement forcé.

Але шырокае распаўсюджаньне гэтыя карысныя опэрацыі атрымалі ледзь пасьля таго, як пачалі ўжываць этэр і хлёраформ для наркозу (1845-47 г.), і калі вынаходка Пастэра і незразумелага сваімі сучаснікамі Semmelweiss'а адчынілі шлях антысэптычнаму лячэньню ран Lister'а (1867). З гэтага моманту зрабілася магчымым прадаўжаць і пашыраць гордую пабудову хірургіі, а разам з ёй і ортопэдычнай хірургіі. Большасьць хірургаў распрацоўваюць выключна ортопэдычныя тэмы: Volkmann зноў зварачаецца да адкрытай tenotomi'i, Ollier і Langenbeck уводзяць рэзэкцыі суставаў, касьцей, адкрытыя остэотоміі, König рэзэцыруе туберкулезныя суставы. Mac-Ewen ужывае остэотомію пры X-нагах і 0-нагах (genu et crura vaega et vard); Шэдэ пры гэтакіх хваробах робіць клінавідныя высячэньні, Альбэрт прапануе артродэзы пры балбатаючыхся суставах, Нікольядоні адчыняе эру перасадак сухажыльляў. Падобнага росквіту хірургічная ортопэдыя да гэтага часу не перажывала.

Аднак, воддальныя вынікі ўсіх гэтых гэніяльных прапаноў не апраўдалі ўскладаных на іх надзей. Зьявілася, што ортопэдычныя дэфармацыі маюць вялікі нахіл да рэцыдываў і што для станоўчых вынікаў ад хірургічных опэрацыяў неабходна да апошніх дадаваць старannае мэхана-тэрапэўтычнае лячэньне і атрыманыя вынікі на працягу доўгага часу замацоўваць фіксацыйнымі апаратамі і пратэзамі.

Пачатак гімнастыкі, якая зьявілася рэстаўрацыяй практыкаваньняў цела ў старажытным сьвеце, адносіцца да 1813 году, калі швэд Лінг скарыстаўся ею дзеля лячэньня ортопэдычных выкрыўленьняў хрыбту. Потым Боннэ напісаў свой твор аб мэханічнай тэрапіі захварэньняў суставаў, а Пірагоў апублікаваў свае каштоўныя гістолёгічныя дасьледваньні аб тэнатаміі Ахіллава сухажыльля.

У 1852 годзе Mathysen увёў гіпсавую тэхніку ў ортопэдычную зброёўню і ўсьлед за гэтым зьявіліся з Амэрыкі першыя апараты для разгрузкі.

Metzger распрацаваў тэхніку массажа. Да гэтых-жа часоў адносіцца прапанова гэніяльнага Гэссінга, ня доктара, а стальяра, выраблядь фіксацыйныя апараты па дакладным гіпсавым сьлепкам, зьнятым з хворага, дакладна прыганяць іх да хворых канцавін ледзь пасьля выпраўленьняў дэфармацыяў і стальныя шыны змацоўваць не паасобнымі пражкамі і пасамі, а суцельнымі тутарамі скуранымі, альбо з цэлоідзіна, якія-б раўнамерна абхоплівалі канцавіну, разьмяркоўваючы, такім чынам, правільна нагрузку.

Як відаць з вышэйпаданага, абодва кірункі ў ортопэдыі: опэрацыйны і мэхана-пратэзны, ішлі сваімі паасобнымі шляхамі, займаючы дзьве паасобныя групы людзей, і ад гэтага значна цярпела праца

далейшае пабудовы будынка ортопэдыі, які ўжо да гэтага часу разьвярнуўся да вялікіх разьмераў. Для поўнага і праўдзівага росквіту павінны былі зьявіцца хірургі, якія-бы цалком аддаліся ортопэдыі і зварачалі-б аднгчасова ўвагу ня толькі цікавым опэрацыям, але ўзялі-б на сабе больш марудны клопат аб пратэзах, апаратах і нагляданьні за массажам, гімнастыкай, і мэханатэрапіяй.

І гэткія людзі зьявіліся.

Пачынаючы з 90-х гадоў мінулага сталецьця цэлы шэраг хірургаў прысьвячае сябе выключна ортопэдыі і адначасна клапаціцца аб разьвіцьці і ўдасканаленьні ўсіх яе галін. Тэйлор і Брэдфорд у Амэрыцы, Панцэры і Кодзівілла ў Італіі, Робэрт Джонс—у Англіі, Кірміссон і Рэдар—у Францыі,—першыя праўдзівыя ортопэды. Асаблівага расквіта ортопэдыя дабілася ў Гэрманіі—цэлы шэраг бліскучых іменьняў зьвязан з кожнай новай заваёвай ортопэдыі. Бізальскі, Лянгэ, Вульпіус распрацавалі праблему перасадкі сухажыльляў, Фэрстэр, Зеліг і Штоффэль—опэрацыі на нэрвах, Вульштэйн—перасадку цяглiц.

У бяскроўнай ортопэдыі стварыў сабе незабытнае імя Адольф Лёрэнц. Яго бяскроўныя мэтады выпраўленьня конскае ступы, пласкаступ'я, прыраджоных зьвіхаў лагво-бядровае суставы, стварэньне гіпсавага ложку і гіпсавых павязак дзеля ходу—усе гэтыя вялікія дзеяньні далі яму, і зусім заслужана, імя творца сучаснае ортопэдыі. Гоффа напісаў першы падручнік ортопэдыі. Асаблівая заслуга яго—што ён аднакава намаўляў сваім вучням любоў як да рэканструктыўных опэрацыяў, таксама і да масажу, гімнастыкі і протэзнай тэхніцы. Нельга было зрабіцца яго асыстэнтам таму, хто не працаваў на працягу двух год за варштатам і клешчамі ў яго ортопэдычна-пратэзнай майстэрні.

Я павінен таксама спыніцца і на піанэрах па культаваньню ортопэдыі ў розных канцох нашага саюзу, пераконаных работнікаў вызначанага кірунку. Я прывяду іменьні Вэгнэра, Фінка, Трыгубава ў Харкаве, Кефэра ў Адэсе і іншых. З асаблівай выразнасьцю ўстае перада мной аблічча ленінградзкіх ортопэдаў—масьцітага Турнэра і ня менш талентнага Врэдэна.

Адзначыўшы ўсе этапы разьвіцьця ортопэдыі,я яшчэ раз падкрэсьліваю яе сувязь з нэўрапаталёгіяй і нэрвнай хірургіяй, з дзіцячымі хваробамі і агульнай хірургіяй. Контакт і ўзаемадапамога спэцыялістаў у гэтых галінах хавае ў сабе яшчэ шмат усялякіх вынаходак.

Цяпер я дазволю сабе перайсьці да асноўнай тэмы, да прыраджоных зьвіхаў лагво-бядровае суставы.

Гэту тэму я выбраў, выходзячы з двух меркаваньняў: 1) ортопэдычная думка скончыла на працягу апошняга дзесяцігодзьдзя будынак тэрапіі гэтае дэфармацыі і 2) рэдка якая хвароба знаходзіцца ў гэтакай супярэчнасьці, падобна гэтай дэфармацыі—пры дасканала выпрацаванай тэрапіі, мы зусім не знаёмы з сапраўдным этыолёгічным момантам гэтае хваробы.

Высьветліць абодвы гэтыя пытаньні—ёсьць мэта маёй лекцыі,

Ужо вядомая Гіппакрату і апісаная ім, хвароба гэта па сутнасьці сваёй заставалася вякамі неразгаданай. Некаторую яснасьць, галоўным чынам, з клінічнага боку (сымптомы) унес Парэ ў XVII сталецьці. Гумбэр спрабаваў направіць такі зьвіх у 30-х гадох мінулага сталецьця, але без працяглага эфэкту. 80-тыя і 90-ыя гады зьяўляюцца пераходнай эрай для гэтай хваробы.

Спачатку спроба опэрацыйнае направы (Поггі), потым паглыбленьне тэхнікі крывавае направы (Гоффа, Лёрэнц) і нарэшце, бяскроў-

ная направа (Паці, Правац і Лёрэнц)—вось этапы разьвіцьця навукі аб направе гэтых зьвіхаў.

Зусім ня поплеч з тэраціяй пасоўвалася вывучэньне этыолёгіі гэтай хваробы, ня гледзячы на цэлы шэраг спэцыфічных асаблівасьцяй, уласьцівых гэтай хваробе.

Больш частае паражэньне левага боку, больш частая наяўнасьць яе ў дзяўчынак, чым у хлопчыкаў, спадчынная перадача—усё гэта—характэрныя асаблівасьці гэтае хваробы.

Няправільны погляд, што прырадж. зьвіхі лагво-бядровае суставы зьяўляюцца найбольш частымі ортопэдычнымі дэфармацыямі. Некаторыя аўтары сьцьвярджаюць, што прыраджоныя зьвіхі лагво-бядровае суставы сустракаюцца часьцей, чым касалапасьць. Лёрэнц лічыць, што адносіны гэтыя выяўляюцца, як 4 : 1. Гэтая думка грунтуецца на няправільным падліку лічбаў. Тады, як касалапасьць у большай колькасьці выпадкаў напраўляецца ва ўсіх хірургічных аддзяленьнях, зьвіхі лагво-бядровых суставаў застаюцца цалком у руках ортопэдаў. Таму цыфра суадносін гэтых дзьвюх найчасьцейшых дэфармацыяў выяўляецца толькі пры складаньні вялікіх зборных статыстык. Па Гаглунду, яны адносяцца адна да другой, як 9 : 10. Двубочныя зьвіхі складаюць трэцьцю частку ўсіх выпадкаў, левыя ў два разы часьцей, чым правыя.

Няма другой такой прыраджонай дэфармацыі, у адносінах якой была-бы такая рознастайнасьць думак і самых працілеглых тэорый пахаджэньня і патагэнэзу, як прыроджаныя зьвіхі лагво-бядровае суставы.

Аднак, тры становішчы зьяўляюцца кіруючымі ва ўсіх гіпотэзах і тэорыях:

1) Прыраджоныя зьвіхі—часта спадчынныя і сустракаюцца разам з другімі прыраджонымі дэфармацыямі.

2) Яны ў жанчын у 7 разоў часьцей, чым у мужчын.

3) Яны ў жанчын тых рас, якія антраполёгічна стаяць вышэй, сустракаюцца куды часьцей, чым у тых, што стаяць ніжэй. У чорных жанчын гэтыя зьвіхі надзвычайна рэдкі, а ў жоўтых—у 20 разоў радзей, чым у белых.

З шматлікіх тэорый, якія спрабавалі выкрыць сапраўдную этыолёгію гэтай дэфармацыі, ніводная не дасягае мэты.

Траўмы ў пэрыод цяжарнасьці, альбо ў часе родаў (Гиппократ, Парэ, Пэтыт), патолёгічныя зьвіхі з прычын ўнутры-ўтробных хвароб (Сэдылло, Брока, Вэрнэй), асаблівае становішча ніжніх канцавін у зародка (Дзюпіітрэн, Розэр)—усе гэтыя тэорыі можна дапасаваць да паасобных выпадкаў, але падставай для агульнага тлумачэньня гэтых хвароб яны служыць ня могуць.

Таксама ня вытрымліваюць крытыкі тлумачэньні гэтых зьвіхаў цяглічнай рэтракцыяй цэнтральнага пахаджэньня (Гуэрэн). Такая цяглічная рэтракцыя існуе, але, як мы ўбачым далей, яна зьяўляецца ня прычынай, а вынікам зьвіху.

Дзьве тэорыі заслугоўваюць таго, каб на іх спыніцца больш падрабязна.

Фон-Аммон разглядае прыраджоныя зьвіхі лагво-бядровае суставы, як вынік з затрыманьня ў разьвіцьці частак, з якіх складаецца сустава.

Кубак (acetabulum) не разьвіваецца да патрэбных яму глыбокіх разьмераў, якія могуць утрымаць галоўку, а затрымліваецца на больш нізкай ступені, калі ён яшчэ вельмі плоскі; галоўка ж бядрыцы разьвіваецца да такіх разьмераў, якія не даюць ёй зьмясьціцца ў кубку.

Гэта тэорыя, якая разглядае зьвіхі як vitium primae formationis, знаходзіць сабе апраўданьне ў многіх зьявах, якія мы сустракаем пры

зьвіхах. Частае існаваньне двубокіх зьвіхаў, адначаснае існаваньне іншых зьвіхаў або калецтваў пры зьвіхах лагво-бядровае суставы, зьяўляецца клінічнай дапамогай тэорыі фон-Аммона.

Урэшце, праменьні Рэнтгена таксама значна дапамагалі высьвятленьню пытаньняў этыолёгіі, пацьвярджаючы многае ў вышэйпаданай тэорыі. Так высьвятлілася, напрыклад, што вялікая колькасьць аднабокіх зьвіхаў сустракаюцца разам са зьменамі і на другой, здаровай суставе. Гэтыя зьмены часамі датычацца да галоўкі бядра, але найчасьцей зьмянёнымі бываюць як берагі, так і дно кубка. У той час, як дно плоскае, верхні бераг яго замест таго, каб рэзка выяўленай паземнай лініяй, як брылікам, абняць галоўку, падымаецца коса ўверх, пазбаўляючы галоўку яе фізыолёгічнае падпоры.

Частая спадчыннасьць гэтых зьвіхаў таксама тлумачыцца тэорыяй фон-Аммона.

Другую, цікавую тэорыю пабудаваў Le Damany. Для тлумачэньня зьвіхаў у лагво бядровай суставе, ён карыстаецца філёгенэтычнымі данымі; эмбрыолёгічныя дэталі гэтага пытаньня ён разглядае ў біолёгічнай пэрспэктыве.

Лагво-бядровая сустава збудована для чатырохногіх. Узаемаадносіны паміж кубкам, галоўкай і шыйкай бядрыцы такія, што імі найменш карыстаюцца чатырохногія. Чалавек-жа, які прыняў вертыкальнае становішча, не дастасаваў яшчэ сваю лагво-бядровую суставу да гэтага новага становішча. Кубак знаходзіцца занадта кпераду. Наймацнейшы край яго—задні, які ў чатырохногіх зьяўляецца верхнім. Ня ўся галоўка ахапляецца кубкам, які да таго-ж нахілен кпераду. Апошняя акалічнасьць выклікае і ў бядрыцы навароджанага рэзка выяўленую antetorsio галоўкі і шыйкі бядрыцы. Да гэтых зьмен далучаецца яшчэ і шырокае лагво белай жанчыны, якое павінна дастасавацца да галавы навароджанага. „Высокая культура белай расы вымагае большых мазгоў, мазгі—большага чэрапу, а апошні—больш шырокага лагва“ (Le Damany).

Ужо ў навароджанага жаночае лагво шырэй, чым у мужчыны. Устаноўка плоду ў чэраве маці пры вузкасьці поласьці маткі, а таксама існаваньне вышэйпаданых асаблівасьцяй расы можа служыць повадам да зьвіху, ва ўсякім выпадку, да пэўнага нахілу. Даных для гэтага досыць.

Вядомыя довады тэорыі мы знаходзім у параўнальна-анатамічных прыкладах. Ні ў воднага чатырохногага, ні ў воднай птушкі, якая ходзіць, як вядома, пры сагнутых лагво-бядровых суставах, мы ня ведаем зьвіхаў у гэтых суставах. Зародак-жа чалавека ляжыць у становішчы, пры якім яго бёдры прыцягнуты да лагва куды больш, чым у жывёлы. Шыйка-жа бядрыцы, як я вышэй паказваў, куды больш нахілена кпераду, чым у жывёлы. А чым больш гэты нахіл кпераду тым шырэй робіцца прамежак паміж пярэдняй паверхняй галоўкі і кубкам пры выпрастанай суставе і тым больш ствараецца магчымасьцяй для зьвіху. Такім чынам, пераход з эмбрыянальнага становішча ў становішча вертыкальнай паходкі пры цэлым шэрагу іншых момантаў (vitium primae formationis) таксама хавае ў сабе небясьпеку набыцьця зьвіху.

Правільнасьць гэтага погляду давёў на практыцы Крукэнбэрг. Загіпсоўваючы ў навароджаных шчанят лагво-бядровыя і каленныя суставы ў зусім выпрастаным становішчы на 10—14 дзён, ён атрымліваў натуральныя зьвіхі ў абодвух лагво-бядровых суставах. Адгэтуль, між іншым, ён робіць вывад, што ня трэба навароджанага супроць

яго волі пераводзіць з сагнутага ў лагво-бядровых суставах становішча ў выпрастанае, асабліва ў сем'ях, дзе ёсьць нахіл да зьвіхаў.

Граф і Фэлінг дакладнымі вымерамі давялі, што ўжо з 5-га месяца лагво жаночага эмбрыона прадстаўляецца больш шырокім, чым у мужчынскага. Адлегласьць паміж абодвума кубкамі большая і самі кубкі ляжаць больш кпераду. Гэтыя, мабыць, і ня зусім поўныя нагляданьні робяць магчымым дапусьціць, што ў гэтай анатомічнай розьніцы пабудовы жаночага і мужчынскага лагва хаваецца прычына таго, што жаночае лагво мае большы нахіл да зьвіхаў.

З супроцьстаўленьня абедзьвюх апошніх тэорый, можна зрабіць вывад, што прыраджоным трэба лічыць ня самы зьвіх, як такі, а нахіл да яго. Гэты нахіл не павінен кожны раз прымаць формы сапраўднага зьвіху, а можа заставацца лятэнтным на працягу вялікага часу, г. ё. да пэўнай ступені фізыолёгічнае зьявішча, якое абмоўліваецца анатомічнай будовай лагва-бядровае суставы.

Галоўка не ляжыць па-за кубкам адразу-ж пасьля нараджэньня; наадварот, сагнутае становішча ног in utero нават перашкаджае зьвіху кверху і кпераду.

Толькі пасьля таго, як ногі выпрасталіся ў лагва-бядровых суставах, можа здарыцца, што галоўкі выйдуць з кубка пад уплывам дзеяньня цягліц. І толькі, калі дзіця пачынае стаяць і хадзіць, пачынаецца паступовае выпіханьне галоўкі з кубка. Гэты працэс можна параўнаць з тым, як хворы з пласкаступ'ем выпіхае паступова свой talus, хоць у апошнім выпадку ніколі не даходзіць да поўнага зьвіху.

І не заўсёды нахіл да зьвіху лагва-бядровае суставы павінен прывесьці да зьвіху. У некаторых выпадках галоўка не пераходзіць за верхні край кубка, але знаходзіць у ім апору, так што і лагво абапіраецца на бядро.

Такое становішча падвывіху можа на працягу шмат гадоў заставацца без якіх-бы та ні было сымптомаў, ня робячы ніякіх прыкрасьцяй, пакуль у больш сталым узросьце, ці пад уплывам цяжару цела, траўмы ці інтэркурэнтнага захварэньня ня зьявіцца болю і перашкоды ў хадзьбе; зроблены рэнтгэнаўскі здымак выкрывае зьявішча лёгкага arthritis deformans, разам з гэтым прыраджоны нахіл да зьвіху, г. з.— падвывіх.

Такім чынам я гатоў разглядаць прыраджоны зьвіх лагва-бядровае суставы, як дэфармацыю ад нагрузкі лагва-бядровае суставы, якая мае нахіл да зьвіху, як даніну вертыкальнаму становішчу чалавечага цела і яго паходцы.

Калі верхні край кубка ня можа вытрымаць ціску, які робіць на яго галоўка бядрыцы, пры першых пробах стаяньня і хадзьбы, ён уступае, раздаецца і ўтварае пачатак той западзіны, той канаўкі, якая ў будучыне служыць шляхам для перамяшчэньня галоўкі. Апошняя спачатку становіцца кверху і кпераду—І-ы тып зьвіху—Luxatio supracotyloidea. Пакуль зьвіхнутая галоўка знаходзіцца ў гэтым становішчы, лагво мае апору. І, хоць хворы кульгае, але ён на працягу доўгага часу зносіць гэтае становішча бяз болю.

Аднак, пад уплывам нагрузкі, галоўка падымаецца вышэй, а суставная капсуля расьцягваецца, у выніку чаго галоўка перамяшчаецца кзаду—II—і тып—Luxatio supracotyloidea et iliaca—сустракаецца найбольш часта.

З узростам і далейшай нагрузкай, а часткай і пад уплывам цягліц, галоўка бядрыцы пераходзіць зусім на заднюю паверхню клубавай косьці—III—і тып—uxatio iliaca.

З пераходам галоўкі бядрыцы з І-га ў ІІІ-яе становішча, зьмяняецца і спосаб апоры лагва на хворую нагу. Нага ўсё менш і менш выконвае ролю апоры, пакуль, урэшце, лагво не застаецца вісець на бядрыцы, падвешанае на доўгім рукаве—ранейшай сустаўнай капсуле.

Са зьменай узаемаадносін паміж бядрыцай і лагвом пачынаюцца пакуты і канцавіна ня выконвае сваіх функцый. Зьяўляецца хуткая зморанасьць, выносьлівасьць робіцца меншай, пачынаюцца рэзкія болі прыступамі, якія не даюць хвораму магчымасьці свабодна рухацца. Кубак зусім зарастае, капсуля выцягваецца ў доўгі рукаў, які мае трохкутную форму, галоўка набывае форму нейкага бясформеннага адростку, які сядзіць на зьмянёнай шыйцы бядрыцы.

Лагво-бядровая сустава, як гэтакая, ужо ня існуе; яе месца заняла доўгая, пустая ў сярэдзіне, падвеска, якая з гэтага часу злучае бядро з лагвом.

Якія-ж патолёга-анатомічныя зьмены мы наглядаем пры зьвіху? Пры аднабочным зьвіху адпаведны бок, пры двухбочным—усё лагво знаходзіцца ў стане гіпоплязіі і больш хрупкае структуры. Пры аднабочным зьвіху лагво робіцца ў сілу вышэйпаданага асымэтрычным, пры двухбочным—усе папярочныя разьмеры робяцца даўжэйшымі, conjugata vera скарачаецца, усё лагво прыймае нахіленае становішча і выяўляецца паясьнічна-крыжовы сколіёз. Гэтыя асаблівасьці зьмяняюцца ў сувязі са ўзростам.

Увесь шлях патолёгічных зьмен, якія адбываюцца ў кубку ад пачатку зьвіху да канчатковага становішча яго, складаецца з паступовага, але поўнага зруйнаваньня ўсяго таго, з чаго спачатку быў пабудаваны кубак. Спачатку зьмены зусім нязначныя. Некаторае ўплашчэньне кубка, аб'ём, крыху меншы у параўнаньні са здаровым і некалькі падоўжаны верхне-задні край яго,—вось першапачатковыя зьмены. Асабліва выдзяляецца ўплашчэньне кубка. Яно адбываецца за кошт гіпэрплястычнага разрастаньня храстка, які высьцілае кубак, галоўным чынам, у тым мейсцы, дзе сходзяцца ўсе тры часткі, з якіх складаецца даная палова лагва. Другой характэрнай адзнакай зьяўляецца адсутнасьць правільнага навеса над галоўкай бядрыцы; край-жа, які ёсьць, ідзе не паземна, а коса ўверх. У сувязі з затрыманьнем акасьцяненьня храсткоў увесь кубак доўгі час застаецца храстковым, таксама і верхні край кубка—вышэйпамянёны навес.

Па меры зьмяшчэньня галоўкі ўверх і кзаду, кубак зарастае, набывае форму трохкутніка з вяршынай ўгору; шлях, па якім перасоўваецца галоўка, адзначаецца канаўкай на клубавіцы, а на тым месцы, дзе галоўка спыняецца, утвараецца асаблівы неартроз.

Вышэйпамянёная канаўка канчаецца ямкай у клубавіцы, наўкола якой капсуля прымацоўваецца да накосьніцы. Часам над гэтым неартрозам утвараецца род навеса, які дае галоўцы на яе новым месцы належную апору.

Ligamentum teres (круглы вяз), названы так, як відаць, таму, што ніколі, як кажа Лёрэнц, ня бывае круглым, ёсьць у кожнай зьвіхнутай суставе. Ён зьнікае з часам, пад уплывам траўмы, а не з прычыны рэгрэсыўнага працэсу. Зьмяшчэньне прад'яўляе яму такія вымаганьні, якія яму не па сіле. Вымушаны цягнуцца за галоўкай, ён як струна нацягваецца над верхнім краем кубка і ўрэшце, пераціраецца. Нагляданьні Лёрэнца над 160-ьцю опэраванымі суставамі, даюць наступныя лічбы наяўнасьці круглага вязу. У трохгадовых пацыэнтаў ён бывае ў палавіне выпадкаў, к 4-5 гадам яго існаваньне рэдка, а к 6 гадам яго зусім ня было.

Найбольш характэрнай зьменай галоўкі бядрыцы зьяўляецца затрыманьне ў росьце костнага ядра ў яе эпіфізе. На працягу ўсяго пэрыяду росту наглядаецца таксама захаваньне на эпіфізе хворага боку характару хондроэпіфізу, які зьнікае толькі к 14-15-ці гадоваму ўзросту. У старэйшых выпадках галоўка ніколі ня мае нармальнай круглай формы, а ўплошчана з задняга і ўнутранага боку. Гэта ўплашчэньне прымае з цягам часу розныя формы ў залежнасьці ад ціску і церця галоўкі аб клубавіцу. У далейшым гэтыя зьмены прымаюць самыя дзіўныя формы аж да поўнага зьнішчэньня галоўкі. Храстковы насьціл галоўкі захоўваецца, пакуль апошняя пакрыта капсулей і толькі на месцах мацнейшага церця аб клубавіцу, пасьля зруйнаваньня капсулі, храсток траціць сваю будову, зьмяняючыся ў валакністую злучальную тканку.

Шыйка зьвіхнутай бядрыцы прадстаўляецца ў большасьці выпадкаў у выглядзе Collum valgum. Аднак такое становішча трэба прымаць з вялікаю асьцярожнасьцю, бо папершае, рэнтгенатэхніка не дае магчымасьці дакладных памераў, і падругое, antetorsio, якая часта наглядаецца, робіць нявыразным рэнтгэнаўскі малюнак. Таму цяжка вызначыць мяжу, па-за якой патолёгічнае antetorsio і collum valgum зьмяняе нармальную. Можна толькі сказаць, што ў новараджанага яна большая, чым у дарослага, а ў хворага са зьвіхнутай суставай, альбо з суставай, якая мае нахіл да зьвіху, яна большая, чым у здаровага.

Сустаўная капсуля выцягваецца падобна да рукава і ідзе за галоўкай, якая падымаецца, пры чым верхні край яе ня толькі ня робіцца меншым пад ціскам галоўкі, але, наадварот, фукцыянальна гіпэртрафуе, уступаючы часам у інтымнае зрошчваньне з накосьніцай клубавіцы. Пры моцным ціску і муляньні капсулі паміж абедзьвюма касьцямі, ствараюцца ўмовы для ўтварэньня нэкрозу. Але, наогул, капсуля зьяўляецца моцнай падвескай, якая дапамагае цяглiцам лагва насіць цела. Капсуля ўладае грузапад'ёмнасьцьцю ў 500 клгр.

Зьмены ўзаемаадносін паміж лагвом, бядрыцай павінны, бясспрэчна, адбіцца на зьменах формы і аб'ёму цяглiц. Апошнія зьмяняюцца ў залежнасьці ад таго, як яны разьмеркаваны: цяглiцы, валокны якіх знаходзяцца ў кірунку восі бядра, павінны пры зьвіху расслабіцца і зрабіцца карацейшымі; калі-ж валокны ляжаць упоперак, ці коса—расьцягнуцца і падаўжэць.

У гэтых адносінах можна цяглiцы бядра падзяліць на тры групы: лагво-круцячную, лагво-бядровую і лагво-галёнкавую.

З першай групы менш за ўсё зьмяняецца musc. gluteus maximus. Нязначнае ўкарачэньне яго ў сувязі з пераходам яго валокан у больш паземнае становішча не адбіваецца на статыцы лагва.

Куды большае значэньне мае ўкарачэньне musc. glutei medii. З цяглiцы з праставеснымі валокнамі, робячыся цяглiцай з паземнымі, асабліва ў задняй с 1аёй часткі, яна перастае быць апорай для бядра. Musc. gluteus minimus, інтымна спаяны з верхняй часткай капсулі, падлягае тым самым зьменам, што і апошняя; расьцягваемая на галоўцы, якая падымаецца ўверх, яна робіцца даўжэйшай, трацячы сваю функцыю. Таксама расьцягваецца і musc. ileopsoas. Mm. pyriformis, gemelli, quadratus femoris, obturator internus і externus—зьмяняюць сваё становішча з паземнага ў праставеснае і робяцца даўжэйшымі.

Такім чынам, уся першая група лагво-круцячных цяглiц падаўжаецца. Цяглiца-ж, якая часткай скарацілася—m. glut. maxim., перашкодай для направы быць ня можа.

Другая група лагво-бядровых цяглiц складаецца з цяглiц, якія прыводзяць бядро. Яны ў верхніх сваіх частках падаўжаюцца, у ніж-

ніх—скарачаюцца. Асабліва скарачаюцца часткі musc. adductor. magnus і longus, якія ляжаць ніжэй і ствараюць перашкоду пры направе зьвіху.

Трэцяя група—лагво-галёнкавыя цягліцы. Іх валокны ідуць у кірунку, які супадае з восьсю бядра, асабліва ў m. m. semimembranosus, semitendinosus і biceps femoris. Пры зьвіху яны значна скарачаюцца, чым ствараюць перашкоду для направы галоўкі.

Усе цягліцы цалкам, уключаючы ўсе цягліцы бядра, знаходзяцца ў стане значнай атрофіі. Гэта атрофія робіць усю канцавіну хворага боку меншай, у параўнаньні са здаровай. Крывяходы і нэрвы таксама, як відаць, скарочаны.

Паваж. таварышы! Ужо з пачатку сваёй лекцыі я паказаў, што маю на мэце не падрабязнае выкладаньне ўсяго матар'ялу, які тычыцца зьвіхаў лагво-бядровае суставы, а толькі асьвятленьне больш спрэчных пытаньняў і выкладаньне дасягненьняў апошняга часу. Таму дазвольце мне ня спыняцца на сымптоматолёгіі і дыфэрэнцыяльнай дыагностыцы гэтае хваробы, тым больш, што як пры большасьці прыраджоных дэфармацыяў дыагностыка зьвіхаў асаблівых цяжкасьцяй не прадстаўляе.

Я хацеў-бы толькі на момант затрымаць Вашу ўвагу на фэноменэ Трэндэленбурга, якому, як вядома, надаецца значэньне, як самаму характэрнаму для зьвіхаў сымптому.

Першы раз апісаны Дзюшэнам у 1885 г. фэномен гэты прадстаўляе наступнае: калі хворы, які мае такія зьмены ў лагво-бядровай суставе, пры якіх m. m. glutei medius et minimus робяцца недахватнымі, паспрабуе стаяць на назе хворага боку, то лагво павінна на здаровым баку апусьціцца. Пры стаяньні-ж на здаровай назе, лагво вышэйназванымі цягліцамі ўтрымліваецца ў паземным становішчы. У 1895 г. Тр-г апісаў гэты фэнамэн у дзяцей з прырадж. зьвіх. лагво-бядр. суставы, тлумачачы ім апусканьне лагва ў момант вынасу ўперад здаровай нагі, а таксама і кульганьня.

Ужо Дзюшэн паказаў, што musc. glut. maximi пры стаяньні і хадзьбе ня граюць ролю. Яны выпростваюць лагво-бядровую суставу, а не адводзяць бядро ў бок.

Яны зьяўляюцца дапаможнымі цягліцамі і дзейнічаюць толькі тады, калі патрэбна больш складаная праца, напр.: падымацца на гару, па сходках, па драбіне; калі скакаць, насіць цяжкія рэчы на сьпіне, ці галаве.

Гэткі-ж погляд падзяляе аб гэтых цягліцах і анатом Браус.

Але вось на зьезьдзе нямецкіх хірургаў у 1924 г. Кель выступіў з выпадкам, дзе фэнамэн Тр-га быў станоўчы ў хворага, якому, з прычыны газавай флегмоны выразалі некалькі год таму назад увесь muscul. gluteus maximus. Грунтуючыся на гэтым, ён прыпісвае гэтай цягліцы адводзячую ролю і тлумачыць фэнамэн Тр-га, як вынік недахватнасьці musc. glut. maxim, а не musc. glut. medii, et minimi.

Гэткае выступленьне прымусіла пераглядзець яшчэ раз гэтае пытаньне і Бэк, Кнорр і іншыя, шэрагам стараных прац канчаткова давялі выключную ролю musc. glut. med. et minim. у мэханізьме фэномэна Тр-га. Выпадак-жа Келя можна тлумачыць тым, што цяжкае калецтва musc glut. maxim., выкліканае газавай флегмонай, не магло застацца без уплыву на цягліцы, што ляжалі ніжэй і што апошнія ня ўхіліліся ад рубцовага або іншага перараджэньня з прычыны чаго яго выпадак меў станоўчы фэномен Тр-га.

Апісваючы свой фэномэн Т-рг кажа аб ім наступнае: „Гэты сымптом зьяўляецца ня толькі сымптомам, які ніколі не ашуквае пры прыраджоным зьвіху лагво-бядровае суставы, але ён зьяўляецца найваж-

нейшай, каб не казаць выключнай прычынай, якая характэрна для паходкі тых асоб, якія церпяць ад гэтай хваробы“. Супроць такога палажэньня я павінен выказаць некаторыя меркаваньні, асабліва дзеля таго, што амаль ва ўсіх падручніках ортопэдыі гэтаму сымптому надаецца аналёгічнае значэньне. Бо гэты сымптом зьяўляецца перш за ўсё, довадам моторнай слабасьці лагво-круцячных цягліц, недахватнасьці фіксацыі лагво-бядровае суставы, а гэтакая недахватнасьць можа быць у кожнай суставе, якая не анкілазавана, калі цяглічны апарат, вязы або косьці пашкоджаны. Coxa vara, epiphyseolysis capitis, паралюшы лагвовых цягліц, вылечаныя коксіты, значныя формы arthritis deformans, пераломы шыйкі бядрыцы—усе гэтыя пакуты маюць станоўчы фэномэн Тр-га.

З другога боку трэба памятаць, што ў тым узросьце, калі важна паставіць дыагноз, г. зн. у вельмі раньнім узросьце, сымптом гэты не заўсёды бывае станоўчым. У першай стадыі зьвіху ў дзяцей да двох год, пры малой вазе цела дзіцяці можна часам наглядаць здольнасьць падтрымліваць лагво. Нават у другой стадыі дзеці часам выяўляюць вельмі слабы сымптом. І толькі ў больш старэйшым у росьце, сымптом гэты робіцца надзейным. Але нам для вылячэньня патрэбен раньні ўзрост ад 2-3 год. А ў гэтым узросьце дзеці са зьвіхамі могуць мець станоўчы сымптом Тр-га, і маюць яго часта, але далёка не заўсёды. У кожным выпадку, сымптом Тр-га ёсьць вельмі добрая спроба функцыі лагво-круцячных цягліц.

Як-жа адбіваецца зьвіх лагво-бядровае суставы альбо, як я вышэй казаў, нахіл да яго, на статыцы і кінэматыцы хворага.

Зьмены надворных форм суставы, кульгавасьць, болі і зморанасьць пры хадзьбе знаходзяцца ў цеснай сувязі з рознымі стадыямі разьвіцьця гэтае хваробы. Менш рэзка выяўленыя з пачатку, зьявы гэтыя робяцца больш рэзкімі па меры зьмены стадый хваробы і дасягаюць найвышэйшага стопню пры luxatio iliaca.

Дзеці, якія маюць нахіл да зьвіху, пачынаюць хадзіць пазьней, чым здаровыя. Тут, апрача недахопнай трываласьці суставы, грае ролю і адносная слабасьць усёй мускулатуры; праяўляецца яна на кульгаючай паходцы. Пры двубочным—кідаецца ў вочы качыная паходка. Між іншым—параўнаньне неправільнае. Качка перавальваецца таму, што кароткія ногі падтрымліваюць цяжкае тулава не ў цэнтры цяжару яго, а бліжэй кзаду; таму яна ходзіць, налягаючы тулавам на ногу, якая стаіць. У дзіцяці ж з двубочным зьвіхам, лагво пры кожным кроку прыпадае да хворае нагі.

Аднак, не ў водным косметычным недахопе праяўляецца гэтая дэформацыя. Яе сапраўднае значэньне складаецца з парушэньня функцый суставы і пакут, якія з гэтым зьвязаны. Ужо ў раньнім узросьце хворыя пакутаюць ад хуткай стамляемасьці, якая сьведчыць аб вялікіх патугах, з якімі зьвязан рух. Гэта зморанасьць часта пераходзіць у болі і, чым старэй хворы, чым больш яго вага, тым больш моцнымі робяцца гэтыя болі. Часам яны дасягаюць характару вострага, прыпадачнага болю, які не дае хвораму магчымасьці рухацца.

Французы называюць іх „crises douloureuses“ і першыя зьвярнулі на іх увагу. Другі від болю, больш працяглы, які часамі прымацоўвае хворых да ложка, сустракаецца таксама часта. Наогул, можна сказаць, што 75% усіх, што маюць прыр. зьвіхі лагво-бядровае суставы, пераносяць такія пакуты, якія робяць іх у значным стопні інвалідамі.

Той патолёгічны процэс, які выклікае гэтыя пакуты, разьвіваецца, бязумоўна, у тым месцы суставы, дзе капсула ўшчамляецца паміж клубавіцай і галоўкай і складаецца з траўматычна-заагняльных інсуль-

таў, якія могуць часам прывесьці да разрыву капсулі. Гэткае становішча выклікае востры боль. Хранічныя-ж болі зьяўляюцца вынікам вялікай зморанасьці цягліц. Апошнія падлягаюць цэламу шэрагу складаных зьмен, сутнасьць якіх заключаецца ў калёідна-хімічных зьменах у протоплязьме цяглічных каморак. Гэта дала повад Шадэ назваць іх міогэлёзамі. Яны маюць выгляд невялікіх інфільтратаў, якія можна намацаць рукой на расслабленай цягліцы.

Выкладаючы лёс прыраджоных зьвіхаў, я павінен спыніць Вашу ўвагу на выпадках самаадвольнага вылячэньня, г. зн. самаадвольнай направы прыраджонага зьвіху. У літаратуры апісана каля 30 выпадкаў. „Усе яны тычацца дзяцей у раньнім узросьце, што гаворыць на карысьць погляду аб прыраджоным нахіле да зьвіху, дзе гэты нахіл прывёў не да пагоршаньня пакут, а мог вярнуцца да нармальнага становішча. Усе апісаныя выпадкі—аднабочныя ня поўныя падзьвіхі,—але з усімі адзнакамі гэтае пакуты: патаўшчаны гіпэрплястычны кубак з гіпоплястычным навесам, з зьменшанай галоўкай бядрыцы кажуць за сапраўдны характар гэтае хваробы.

Аднак гэткае рэдкае самавылячэньне, і то ў раньнім узросьце не дае нам права хоць колькі небудзь прадставіць прагноз у станоўчым сьвятле таксама, як і ўтварэньне нэартозу пры luxatio iliaca прадстаўляе сабой толькі дрэнны сурагат вылячэньня.

Вось чаму быў, ёсьць і назаўсёды застанецца вялікай заслугай Лёрэнца выпрацаваны і прапанаваны ім мэтад бяскроўнае направы, які цяпер ужываецца на ўсім сьвеце, мэтад, які штогод збаўляе сотні людзей ад калецтва і інваліднасьці.

Мэтад гэты складаецца з двух частак: 1) направа зьвіхнутай галоўкі бядрыцы ў кубак і 2) стварэньне для суставы найлепшых умоў, пры якіх абедзьве часткі суставы маглі-б як найхутчэй аднавіць сваю страчаную функцыю.

Першы акт: направа, прадстаўляе сабой процэдуру, якая мала чым адрозьніваецца ад звычайных направ зьвіхаў лагво-бядровае суставы. За тое—другі, утрыманьне направленай суставы ў правільным становішчы на працягу часу, патрэбнага для нармальнага сфармаваньня патолёгічнай да гэтага часу суставы,—прадстаўляе сабой куды больш трудную задачу, чым утрыманьне траўматычна-зьвіхнутае суставы.

У адносінах направы трэба перш за ўсё мець на ўвазе ўзрост, ніжняя граніца якога не павінна быць менш $1^1/_2$—2 год.

Зразумела, з біолёгічнага пункту погляду, тэрмінам направы павінен быць той дзень, калі зьвіх выяўлены, але звычайна хвароба праяўляецца толькі на 2-ім годзе. Але нават распазнаўшы хваробу і раней, ня трэба распачынаць лячэньня раней 2-гадовага ўзросту, з наступных меркаваньняў:

1. Грудныя дзеці дрэнна пераносяць доўгае гіпсаваньне.

2. Цяжка трымаць дзіця ў гіпсе ў патрэбнай акуратнасьці і чыстаце.

3. Слабыя дзіцячыя косьці абкружаны такім тоўстым пластом тлустасьці, які робіць надзвычайна цяжкім утрыманьне іх гіпсам у правільным становішчы.

Калі ніжняя граніца вызначаецца, такім чынам, узростам у 2 гады,—то крыху інакш абстаіць справа з верхняй граніцай.

У розных падручніках ёсьць розныя паказаньні: адны лічаць узрост у 6—8 гадоў гранічным для направы, другія—вышэй а некаторыя ортопэды лічаць магчымым направу да скачэньня росту.

Такі погляд зусім няправільны. Нельга направу і тэрміны яе ставіць у залежнасьць ад уменьня таго ці іншага ортопэда. Тэрмін павінен вызначацца біолёгічным станам суставы: г. зн. тым станам, калі траўма, г. зн. акт направы, ня можа стаць прычынай парушэньня правільнага разьвіцьця і без таго патолёгічнай суставы. Другімі славамі, чым маладзей хворы, тым лепшыя ўмовы для направы. Узрост між 2 і 6 гадамі для аднабочных і паміж 2 і 4 гадамі—для двубочных—павінен быць прызнаным самым адпаведным. У гэтым узросьце направа ўдаецца з найменшай траўмай, што ў значнай меры забясьпечвае ад другаразавых зьмен: контрактур, arthritis deformaus, затрыманьне ў росьце і г. д.

У больш сталым узросьце, калі з якой-небудзь прычыны направа ня была зроблена раней, можна, зразумела, зрабіць пробу направы (выпадкі спозьненай удалай направы апісаны), але трэба памятаць, што нельга траўматазаваць суставу.

Калі немагчыма бяскроўная направа, трэба пакінуць гэтыя спробы і перайці да аднаго з мэтадаў, аб якіх гутарка наперадзе.

Мы робім направу дакладна па Лёрэнцу праз задні край кубка. Ёсьць і іншыя шляхі: цераз верхні край і ніжні.

Падрабязна спыняцца на тэхніцы направы я ня буду. Паказьнікам направы, якая ўдалася, зьяўляецца характэрны гукавы фэномэн, які чуцен ня толькі таму, хто робіць апэрацыю, але часам і акружаючым. Адсутнасьць гэтага фэномэну трактуецца некоторымі аўтарамі, як паказьнік дрэннага прагнозу, бо паказвае на невыстарчаюча выяўлены край кубка, а гэта пазбаўляе галоўку патрэбнага ёй упору.

Двубочныя зьвіхі трэба старацца напраўляць у адзін сэанс. Толькі значная труднасьць направы аднаго боку і асаблівая слабасьць дзіцяці зьяўляецца супраціўпаказаньнем.

Утрыманьне напраўленай галоўкі бядрыцы на сваім месцы—у кубку,—зьяўляецца, як я вышэй паказваў, задачай, куды больш складанай, чым сама направа.

І зусім зразумела. Неадпаведнасьць паміж плоскім і зьменшаным у аб'ёме кубкам з аднаго боку і галоўкай—з другога, адсутнасьць тых сіл, якія ўтрымалі-б галоўку, спрыяе таму, што ўпраўленая галоўка, якая не падтрымліваецца рукой, сама па сабе выходзіць з кубка і займае ранейшае становішча.

І толькі ў становішчы максымальнага паземнага адвядзеньня, калі напружаньне тканак здольна ўтрымаць галоўку ў некаторых правільных суадносінах, мы маем тое становішча, якое Лёрэнц называе „первястковым" і якім мы карыстаемся, накладаючы фіксавальны гіпс. Труднасьць утрыманьня галоўкі гіпсавай павязкай стварыла цэлы шэраг іншых прапаноў, з якіх некаторае распаўсюджаньне атрымала прапанова Лангэ, якой карыстаецца і Гаглунд.

Лічачы, што важнай перашкодай для ўтрыманьня галоўкі зьяўляецца ня толькі рэтракцыя цяглiц, але і напружаньне сустаўнай капсулі—ён фіксуе нагу ў палажэньні поўнага выпростваньня, ротацыі ўнутр. і адхіленьня на 50°.

Аднак, пераважная большасьць ортопэдаў фіксуе па Лёрэнцу, зьмяняючы, кожны пасвойму, вялічыню павязкі і самастойна вызначае, калі яе трэба зьмяніць і колькі хворае дзіця павінна ў ёй ляжаць.

Некалькі слоў аб статыстыцы направы.

Розныя аўтары даюць самыя рознастойныя лічбы—ад 35 да 90% выздараўленьняў. Самай дакладнай статыстыкай, ня вялікім матар'яле зьяўляецца статыстыка Лёрэнца, якая падаецца на табліцы:

Табліца 1

Лічбы Лёрэнца ад 1900—1920 г.

	Кольк-касьць	Узрост	% ідэальных вынікаў	
Аднабокія	193	2	60	
	122	3	67	
	70	4	61	
	45	5	47	
	26	5—7	47	
	21	8	46	
	477			
			З аднаго боку	З двух бакоў
Двубокія	68	2	36	48
	62	3	50	34
	59	4	56	24
	35	5	58	15
	47	6—7	65	13
	19	8	31	5
	290			

Вынікі з яе напрашваюцца самі сабой. Наш матар'ял на працягу двух гадоў, калі мы распачалі лячэньне прыраджоных зьвіхаў лагвобядровае суставы, які лёг у аснову гэтай працы, ахоплівае сабой 32 выпадкі: 8—старыя зьвіхі, якія падлягаюць апэрацыйнаму лячэньню, 24—былі направлены з наступнымі вынікамі:

Табліца 2

Лічбы Ортоп. амбул. НКЗ Бел. 1926—1927 г.

	Кольк.	Узрост	Становучыя вынікі		Адмоўныя	
Аднабокія	1	да году	1		—	
	6	2	6		—	
	5	3	5		—	
	3	4	1		2	
	2	5	1		1	
	17					
			Становучыя		Адмоўныя	
			з 1 бак.	з 2 бак.	з 1 бак.	з 2 бак.
Двубокія	1	2	—	—	1	—
	2	3	—	—	1	1
	4	4	2	—	1	1
	7					

Бяскроўная направа па Лёрэнцу мае адзін недахоп, у якім вінаваты ня самы мэтад, а жорсткасьць прыроды, якая не дазваляе рабіць гэтыя направы вышэй пэўнага ўзросту.

Што-ж рабіць з хворымі, якія перайшлі гэты ўзрост? Калі абмінуць сымптоматычную тэрапію, як гімнастыка, масаж, мэханотэрапія і бандажы, застаюцца два шляхі:

1) апэрацыйна-крывавым шляхам сьцягнуць галоўку ў кубак;

2) адпаведнымі апэрацыямі на бядрыцы стварыць больш трывалую апору лагву і галоўцы бядрыцы.

Крывавыя направы ўжываліся часта, яшчэ да таго, як пачалі напраўляць бяскроўна. Лёрэнц, Гофа, Лефлер распрацавалі цэлы шэраг прыступаў да суставы, пры дапамозе якіх ім удавалася сьцягваць галоўку на сваё месца. Аднак, тая акалічнасьць, што гэтыя выпадкі давалі рэдка добрыя вынікі, што пасьпех часта псаваўся інфэкцыяй, што і гэтыя спосабы направы, ня гледзячы на ўдалыя прапановы новых подступаў да суставы (Дейчлендэр, Лексэр і інш.) удаваліся толькі ў дзяцей да 8—10 год, прымусіла шукаць новых шляхоў. Прапаноўваліся розныя опэрацыі, як рэзэкцыя галоўкі, пабудова новага костнага навесу над галоўкай, артродэзы і г. д. Аднак, усе гэтыя паліатыўныя, крывавыя опэрацыі таксама не дасягалі мэты.

Для ўхіленьня контрактуры прыводных цягліц, Кірмісон прапанаваў субтрохантэрную остэотомію.

У апошнія гады атрымалі шырокае распаўсюджаньне два мэтады, у аснове якіх ляжыць остэотомія Кірмісона, але якія дамагаюцца іншых мэтаў: ня толькі ўхіліць контрактуру прыводных цягліц, але дабіцца станоўчых функцыянальных вынікаў, пры зьнішчэньні двух, самых цяжкіх сымптомаў гэтае хваробы: болю і кульгавасьці. Гэтыя мэтады наступныя: остэотомія па Шанцу і біфуркацыя (вілкаваньне) па Лёрэнцу.

Шанц стараецца субтрохантэрнай остэотоміяй стварыць лагву костную апору на хворым баку, калі здаровая нага выносіцца ўперад. Для гэтага абедзьве часткі бядрыцы пасьля остэотоміі ставяцца ў становішча, пры якім яны ўтвараюць тупы кут, адчынены наружу. Велічыня гэтага куту мяркуецца двума штыфтамі, якія ўвагнаны ў бядрыцу. Хібы гэтага спосабу заключаюцца ў рэцыдывах, якія нагляdaліся шмат якімі аўтарамі; бядро, пасьля некаторага часу зноў прымала становішча аддукцыі.

Мэтад Лёрэнца заключаецца ў тым, што пасьля остэотоміі, якая робіцца ў касым кірунку, зьнізу і знадворку--уверх і ўсярэдзіну, дыстальная частка косьці напраўляецца ў кубак; проксымальная-ж частка атрымлівае апору на дыстальнай, з прычыны чаго ўтвараецца выгляд вілкі, адкуль і назва „вілкаваньне“. На зьезьдзе ортопэдаў у 1924 г., ободвы гэтыя спосабы падляглі дэтальнаму абгаварэньню і большасьць дакладчыкаў выказалася за вілкаваньне па Лёрэнцу.

Пры ўсёй сваёй бясьпечнасьці, спосаб гэты дае лагву моцную апору, зьнішчае кульгавасьць, а таксама і боль. Цікава, што рухі ў суставе не абмяжоўваюцца. А галоўнае—гэта касьцяная апора,—яна захоўвае ад рэцыдываў.

24 стагодзьдзі займала мэдычную думку проблема лячэньня прыраджоных зьвіхаў лагво-бядровае суставы. У 1895 годзе Лёрэнц разьвязаў гэту праблему для дзяцей, якія не перайшлі пэўны ўзрост. А сваёй опэрацыяй „вілкаваньня“ ён стварыў спосаб, які і пры застарэлых зьвіхах зьнішчае ўсе няпрыемныя і балявыя сымптомы. За гэта яму належыць вялікая ўдзячнасьць усіх тых няшчасных пацыентаў, якія да гэтага часу былі цяжкім крыжам самім сабе і нам, ортопэдам. І да гэтай удзячнасьці пацыентаў мы, ортопэды, павінны далучыцца са ўсёй сваёй шчырасьцю.

Из психоневрологического диспансера НКЗ и нервной клиники БГУ
(Директор—проф. М. Б. Кроль)

Клинические и экспериментальные данные о влиянии свинца на нервную систему

Старший ассистент клиники М. А. Хазанов

Отравляющее действие свинца на нервную систему известно издревле. Уже у Плиния встречаются отдельные указания на это. Небезизвестно было это также Гиппократу. Более систематические изложения симптомов поражения нервной системы свинцом встречаются в XVIII в. (Haen, Stockhausen, John Hunter и др.) и начало более тщательному изучению нейросатурнизма положено монографией Tanquerel des Planches в 1834 г. В своем Essai sur la paralyse de plomb oú saturnines Tanquerel des Planches описал, как следствие свинцового отравления 127 случаев параличей, 73 случая энцефалопатий и ряд случаев артральгий. Работы Duchenne, Kast, Déjerine, Klumpke, Monakow, Westhphal, Remak, Erb, Oppenheim, Teleky, Legge and Goadby и др. расширили наши знания по клинике свинцового отравления нервной системы и уточнили отдельные формы нейросатурнизма. А ряд экспериментальных и гистопатологических исследований Minot, Shaw, Hitzig, Leyden, Voierordt, Nissl, Lehman и Spatz, Рыбникова, Stieglitz, М. Павлова, Разенкова и др. дали возможность установить, как анатомический субстрат, так и локализацию поражения нервной системы при отравлении свинцом. Правда, в последнем вопросе нет еще полного единодушия, поскольку часть авторов (Remak, Renaut, Adamkiewitz, Попов и др.) больше склоняются в пользу первичного поражения передних рогов, а другие (Westphal, Schultze, Déjerine Klumpke и другие предполагают первичное поражение в самых периферич. нервах. Работы Рыбникова, Lehman и Spatz доказывают однакож, что центральные и периферическ. изменения при свинцовом отравлении могут возникать независимо друг от друга. Особенно же важное значение приобретают опыты Разенкова, доказавшие, что наряду с анатомич. поражением центральной и периферической нервной системы при отравлении свинцом обнаружено и поражение вегетативной нервной системы.

Для уяснения себе симптоматологии нейросатурнизма нам необходимо несколько остановиться на путях проникновения свинца в организм и на тех биохимических процесах, которые им вызываются.

Свинец проникает в организм путем вдыхания или поглощения свинцовой пыли, которая, несмотря на свою тяжесть, довольно летуча, вследствие того, что пылевые кусочки свинца чрезвычайно тонки и мелки (0,001 мм.). Как вдыхаемая, так и проглоченная, вместе с пищей и тому подобн., свинцовая пыль, преимущественно, попадает

в желудочно-кишечный тракт. (Опыты Lehmann'a и Saito показали, что 18 проц. вдыхаемой свинцовой пыли удаляется из носоглотки, кашлем, чиханием и т. п., 12 проц достигает легких, а 70 проц. проглатывается).

Частично свинец проникает через поврежденную кожу, но, главным образом, туда попадают легко-растворимые свинцовые соединения (свинцовые белила) или растворившиеся под воздействием пота нерастворимые свинцовые соединения.

Действие свинца прежде всего проявляется на нервной системе. Опыты Разенкова и Кабанова показали, что изменения секреторных функций пищеварительных желез, наблюдающиеся при попадании свинца в пищеварительный тракт, имеют не органический характер, а функциональный на почве поражения нервной системы. Попадая в желудок, свинец и его нерастворимые соединения частично или полностью растворяются под влиянием соляной кислоты желудка. Часть растворенного свинца, как доказали опыты Гарвардской лаборатории, всасывается в кровь и образует в соединение с белками крови новое почти нерастворимое соединение триплюмбумфосфат $[Pb_3(PO_4)_2]$. Другая часть свинца, пройдя через кругооборот в печень, задерживается в этом фильтрационном аппарате, частично импрегнируется он также в органах с замедленным током крови: в селезенке, в костном мозгу. Большие отложения свинца происходят в нервном и мозговом веществе, ввиду сильной растворимости в лецитине циркулирующих в крови свинцовых соединений (Schmidt).

Нерастворимый свинец выделяется через нижние отделы кишечника, а в незначительном количестве почками. Всосавшаяся в кровь часть свинца или задержавшийся в т. н. „свинцовых депо" (печень, селезенка, мозг, костный мозг и др. тканях) свинец может оставаться там месяцами или годами, не причиняя вреда организму и не обнаруживая симптомов интоксикации, так как он находится там в форме почти нерастворимого $[Pb_3(PO_4)_2]$. Под влиянием наступивших изменений реакций соков организма и тканей или при нарушении обмена веществ эти нерастворимые соли превращаются в растворимые токсические диплюмбофосфаты $PbHPO_4$. Острые отравления свинцом редко наблюдаются (Ortner сообщает об одном случае). Отравление наступает лишь в результате хронического введения свинца в организм, причем в первом периоде его поступления в организм клеточные элементы реагируют на этот яд усилением обмена и значительными изменениями физико-химических свойств крови и мозга. Во втором периоде наступает задержка веса и замедление темпа жизненных процессов. Опыты доказали, что в первом периоде преобладают у экспериментируемых животных явления симпатикотонии, во втором—явления ваготонии. Для того, чтобы вызвать интоксикационное действие, требуется отложение определенного количества свинца и его солей, причем мнения о его количестве расходятся у различных авторов. Среди симптомов хронического отравления свинцом самое большое место занимают симптомы со стороны нервной системы. Straub считает „специфическим органом влияния свинц. отравления—нервную систему". Legge и Goadby установили у 33,3 проц. умерших рабочих, занятых свинцом, причину смерти страдания нервной системы. Chyser видел у 986 больных свинцовые отравления, 114 случаев выраженных параличей, F. Hein, de Balsac, Agasse—Lafont и др. обнаружили у рабочих, занятых свинцом, общие признаки отравления у 41 проц., а явления поражения нервной системы в 52 проц. Среди 1454 работающих маляров Koelsch нашел 366 с явлениями поражения нервной

системы. В Англии за период 1900-1909 г. среди всех случаев свинцового отравления (5637 мужчин и 1001 женщ.) явления параличей отмечены в 21,1 проц. у мужчин и 15,3 проц. у женщин, мозговые явления в 3,5 проц. у мужчин и 6,2 проц. у женщин.

Мы поставили себе задачей изучить преимущественно те симптомы со стороны нервной системы при хроническом сатурнизме в том периоде, когда сами работающие со свинцом еще их не настолько замечают и продолжают работать. Кроме того, мы решили проследить влияние конституции, влияние алкоголя и иода на свинцовое отравление и некоторых других моментов. Для этого мы в течение 1926-27 г.г. провели диспансерное обследование рабочих, занятых со свинцом: работников типографий, изразцового производства и малярно-живописного дела. Кроме того, нами была поставлена серия экспериментов над 16 белыми крысами и 1 кошкой. Предварительные и суммарные данные этих экспериментов следующие: 4 крысы с оперированными не хорошо зажившими нервами задних ножек [1]) получали в течение 67 дней в пище Sol plumb. acetic. 20,0 и Plumb. nitr. 25,0/1000,0 ежедневно по 30 куб. или 0,014 на kg веса. На 68-й день был сделан перерыв на 10 дней и затем доза была удвоена. Уже на 10-й день кормления прежде живые, резвые и подвижные крысы становились менее подвижными, начали слабее бегать и с меньшим аппетитом начинали принимать пищу. На 17-й день цвет шерсти изменился, стал мутно-серым, шерсть торчит, крысы щурятся, забиваются в угол клетки, бегают, но мало подвижны. На 36-й день исследование крови показало: чрезвычайно быструю свертываемость крови, колич. эритроцитов 2.250.000, а в самих эритроцитах пунктация, напоминающая базоф. зернистость. На 50-й день крысы вялы, шерсть пепельно-серая, торчит, местами полное выпадение шерсти, мало передвигаются, слабо реагируют на болевые раздражения, трофические изменения на месте заживших рубцов от бывших ранений нервов весьма значительны; у одной крысы трофические изменения одного глаза, глаз выпирает, набухший. На 67-й день одна крыса, очевидно, плохо видит, все крысы щурятся света. Во время 10-ти дневного перерыва общее состояние крыс не улучшается. На 89-й день с начала дачи свинца 2 крысы погибли. На 105-й день погибла третья крыса, а на 108 день последняя. У всех этих 4 крыс было отмечено первоначально усиленный аппетит и даже повышение веса в течение первых 20 дней, а затем наступило резкое похудание, падение веса, малоподвижность, перешедшая с 67 дня в полную неподвижность.

Вторая группа 4 крыс, получавшая то же количество свинца и с теми же перерывами, как и первая группа, но с неповрежденными периферическими нервами, начали проявлять симптомы вялости, малоподвижность, изменения цвета шерсти и падение веса лишь на 90 день со дня начала кормления свинцом и выжили, несмотря на кормление их свинцом в течение 145 дней. Третья группа здоровых крыс получала с самого начала вчетверо большую дозу свинца, чем предыдущие 2 группы. У этой группы крыс тяжелые явления вялости, малоподвижности, изменение окраски шерсти и состояния обнаружились на 20-й день кормления, при этом крысы щурятся, забиваются в угол, бегают плохо, торчат на одном месте. 4-я группа крыс получала вместе со свинцом в той же дозировке, как первые две группы, еще

[1]) Мы воспользовались для этого крысами, служившими предметом исследования влияния электрич. тока, см. работу М. Б. Кроля и М. Р. Вебера.

алкоголь. Уже на 23-й день кормления эти крысы стали проявлять те-же явления, как и третья группа, получавшая вчетверо большую дозу свинца и несмотря на сделанный на 30 день перерыв, они вскоре погибли.

Пятая группа получала такую же дозу свинца, как третья группа, но вместе с этим также иод. Несмотря на кормление в течение 3-х месяцев свинцом, эта группа крыс, среди которых находились крысы, как с поврежденными, так и с неповрежденными нервами оставались попрежнему живыми, подвижными и мало измененными. Они хорошо выжили. Иную картину отравления дала кошка. Уже на 23-й день кормления свинцом резко возбужденное состояние, повышенная болезненность при уколах, понос, уменьшение аппетита. На 53-й день сильно возбуждена, кричит, кидается, падение веса, похудание, при ходьбе неустойчива, шатается в стороны. На 58-й день перерыв на 10 дней, состояние, однакож, остается без перемен. После перерыва начинает получать свинец в удвоенной дозе. На 78-й день паралич задних лап, а одна передняя лапа паретична уже на 72-ой день. Эта лапа была привязана на цепочке к клетке в течение десяти дней по нескольку часов в день. На 79-ый день кошка совсем вялая, мало подвижна, слабо реагирует на болевые раздражения, забилась в углу, не принимает пищи, вид крыс ее не возбуждает. На 84-ый день кошка погибла. Трупное окоченение наступило медленно и при вскрытии на 3-ый день обнаружено: кровь жидкая; животное исхудалое; мышцы вялые; печень большая, набухшая, селезенка увеличена, в кишках геморрагии; почки тверды, бледны. Сердце большое перерожденное с расширенными полостями. Мозговые оболочки набухшие, гиперемированы. Кровоизлияния у основания мозга. Головной мозг бледный. При вскрытии крыс первой группы обнаружены также увеличение и набухание печени, расширение сердца, застойные почки. У некоторых крыс с трудом удалось освобождать мозг от его оболочек. В одном случае головной и спинной мозг гиперемированы, в другом случае спинной мозг совершенно рыхлый [1]).

Таким образом, мы на основании наших опытов можем сделать следующие предварительные заключения. Быстрое отравление свинцом наступает при наличии определенного предрасположения со стороны нервной системы, в наших опытах мы видели, что крысы с поврежденной периферич. нервной системой быстрее погибали чем здоровые совершенно крысы. Более быстрое и тяжелое отравление свинцом наступает при одно ременной алкогольной интоксикации. Утомляемость определенных групп может скорее вызывать явления параличей. В нашем случае у кошки раньше появился паралич одной правой лапки, несмотря на то, что обычно у кошек раньше всего поражаются при свинцовом отравлении задние лапки (Legge и Goadby). При хронич. отравлении свинцом в первом периоде преобладают явления симпатикотонии, во втором—явления ваготонии. К первым симптомам свинцовой интоксикации принадлежат явления поражения вегетативной нервной системы: изменения цвета шерсти, стояния шерсти, выпадение ее, трофические расстройства. Применение иодистых препаратов при свинцовом отравлении задерживает развитие интоксикации.

Эксперименты на животных, как указывает Teleky, не могут однако же нам дать полной клинической картины, особенно проявления ранних симптомов сатурнизма, так как некоторых, весьма важных

---

[1]) Данные микроскопического исследования будут опубликованы в специальной работе.

симптомов животные не дают. Мы поэтому, как указано выше, провели диспансеризацию работников, занятых со свинцом в гор. Минске. Учитывая, что в течение сатурнизма нам следует различать три стадии: проникновение свинца (Bleiaufnahme) без патологических последствий, влияние свинца (Bleieinwirkung) с об'ективно выраженными явлениями и заболевание свинцовым отравлением (Bleierkrankung) мы подвергали наших обследуемых многократному обследованию в течение $1^1/_2$ лет. Всего обследовано нами 138 наборщиков, 5 стереотиперов, 49 печатников, 23 маляра, 18 рабочих изразцового производства, 25 накладчиц, а всего непосредственно работающих со свинцом 258 чел. Кроме того, было исследовано 15 чернорабочих и пр. в типографиях и как контрольный материал еще 53 человека, занятых в переплетных отделениях минских типографий.

Ввиду важности в проблеме хронич. отравления свинцом состояния среды, в которой рабочим приходится заниматься, мы произвели совместно с санит. инспекцией труда санитарное обследование I и II гостипографий. А совместно с гигиеническим отделением микробиологического института БГУ непосредственное физ.-химич. исследование воздуха типографий.

Выводы санитарного обследования I и II типографий оказались следующие: помещения имеют грязные потолки, грязные стены, оконные рамы и стекла покрыты пылью, в ряде комнат целые грозди паутины. В наборных, стереотипной и переплетных работа происходит в чрезвычайной тесноте. В I типографии и частично во II типографии работа производится при недостаточном дневном освещении, происходит даже днем при электрич. освещении. Отопление в большинстве помещений недостаточное, а в стереотипных—температура неравномерна; к тому же плавильные печы дымят. Рационально устроенная вентиляция отсутствует, имеющиеся электрич. вентиляторы неисправны, в наборных отделениях форточки на зиму совершенно заделываются. Проветривание производится в недостаточном размере. Три четверти мастерских содержатся антисанитарно, пыль со стен, окон, потолков и оборудования удаляется редко. Умывальники антисанитарны, около них общие полотенца, всегда мокрые и грязные. В I типографии один умывальник обслуживает 150 человек. Отдельного помещения для приема пищи нет, пищу принимают „где попало“. Курение в рабочих помещениях практикуется в широких пределах. Кипятильников достаточно, но в I типографии вода пополняется ежедневно, доливается но почти никогда не сменяется.

Исследование влажности и содержания CO_2, произведенное И. А. Найдусом 15 ноября 1926 г., показало в I типографии:

Название отделений	T° по C.	Абс. влажность в гр. на 1 куб. м.	Относит. влажность	В 1000 об'емах содержится об'емов CO_2
Нижняя наборная . .	17°	9,347	64,8%	2,44
Верхняя „ . . .	18°	13,163	85%	2,23
Машинное отделение . .	16°	10,340	76%	3,0
Стереотипная . . .	19,8°	12.610	72,4%	1,75
Линовальная . . .	17°	10,747	74%	1,12
Переплетная . . .	16,8°	12,924	86%	2,66

За отсутствием соответствующей аппаратуры и приспособлений, мы не имели возможности исследовать количество свинца в воздухе и в смыве рук, но, как видно из общего санитарного обследования, содержание свинца в минских типографиях не меньше чем в произведенных проф. Койранским обследованиях московских типографий.

При обследовании изразцового завода установлено наличие значительного количества свинцовой пыли в материальном и глазурном отделениях. При расплавке свинца и олова имеется большое количество паров свинца и олова и также при обжигании глазури выделяются пары свинца. Глазурь содержит до 20 % свинца. Обжигание глазури производится при температуре 2000°. Общее санитарное состояние завода весьма неудовлетворительное. Мастерские находятся в полуподвальном помещении, чрезвычайно загроможденном и сыром. Во всех отделениях стоит пыль, в глино-мяльном отделении мокро и грязно. В обжигательном отделении приходится работать, вследствие невыносимой жары, в одном нижнем белье или совершенно голым; вентиляции нет. Имеется вентиляция только в одном шлифовальном отделении. Имеющаяся столовая содержится неудовлетворительно. Работает на заводе 50 человек.

Обследование в патронажном порядке условий жизни рабочих свинцовиков показало, что в 53% они неудовлетворительны. Только 15% занимают 2-3 комнаты, остальные проживают в 1-2 комнатах, причем в 35% в одной комнате проживает 3-5 человек. Самые квартиры без удобств, водопровод имеется только у 78 из 255, электричество у 67, сырость имеется в 86 квартирах. Питание у 57 недостаточное из-за малого заработка или большой семьи. Большинство рабочих-наборщиков работает сдельно. 45% всех обследованных жалуется на недостаточный заработок. Из общего количества обследованных 36 женщин—6 наборщиц, 25 накладчиц и 5 работниц изразцового завода. Подростков до 20 лет—6, от 20 до 30 л.—112 чел., от 31 до 40 л.—89, от 41 до 50 л.—32 чел., а старше 50 л.—15 чел. По национальности: 63 белор., 8 поляков и 187 евреев. Свинцовый профстаж от 1 до 3 л. у 17 чел., от 3 до 5 л.—у 12, 6-10 л.—у 52, 11-20—у 119, 21 и выше—у 58. 6,5% приступили к работе с 8-12 летнего возраста, а 57,5% с 12-15 л. Выросло большинство (165 из 258) в неудовлетворительных условиях. У 53 при обследовании установлены туберкулезные процессы. Наследственность алкогольная имеется у 42, эпилептич.—у 5, туберкулезная—у 34, злокач. опухоли—у 16, нервно-психич. бол.—у 35. Из общего количества рабочих свинцовиков злоупотребляют алкоголем 107 чел., из них 51 наборщик, 4 стереотипера, 19 печатн., 6 накладчиц, 13 маляров, 14 рабочих изразц. завода. Курят 86 челов. Большинство до поступления на работу и состоя на работе перенесло различные болезни, преимущественно тифозные.

Переходя к явлениям со стороны нервной системы обнаруженных у наших обследованных, мы должны отметить, как различные суб'ективные жалобы, так и различные проявления поражения нервной системы у различных профгрупп и у лиц с различным свинцовым стажем в одной и той профессии. Наборщики и печатники преимущественно жаловались на головную боль, парестэзии, колики, маляры—на ослабление мышечной силы, артральгии, колики, рабочие изразцового завода—на ослабление силы рук (см. табл. 1 стр. 120).

Как видим из таблицы № 1, активное поведение свинца проявляется уже в первом периоде его накопления в виде кефальгии, гастральгии, артральгии, а в последующих периодах помимо этих явлений свинец вызывает двигательные и чувствительные расстройства.

Суб'ективные жалобы обследованных

Таблица 1

Название профессии и стаж	Общее кол. обследован.	Головные боли	Боли в суставах	Колики и боли в животе	Плохой сон	Частое мочеиспускание	Ослабление полов.сферы	Повышен. слюноотдел.	Парестэзии	Ослабл. работоспособн.
Наборщики со стажем до 5 лет . .	12	8	3	3	1	1	—	1	2	2
" " от 5—10 лет .	31	17	7	14	4	3	2	1	9	4
" " " 10—20 " .	65	38	19	25	2	2	9	—	26	14
" " " 20—30 " .	21	13	6	11	6	2	4	—	11	8
" " " 30 и свыше .	10	6	5	5	2	—	2	1	5	3
Стереотиперы " " 5—20 лет .	5	4	3	3	1	—	2	—	4	4
Печатники " до 5 лет . . .	10	3	2	2	—	—	—	1	—	—
" " от 5—10 лет .	9	2	2	5	—	—	—	1	1	1
" " " 10—20 " .	24	12	6	11	—	1	1	1	4	3
" " " 20—30 " .	6	3	3	2	—	—	1	—	1	2
Накладчицы " " 1— 5 " .	7	2	—	3	—	—	—	1	—	—
" " " 5—10 " .	12	5	2	3	—	—	—	1	1	1
" " " 10—25 " .	5	3	—	1	2	—	—	—	1	2
Маляры " " 1 – 5 " .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" " " 15—20 " .	4	3	2	2	—	—	—	1	3	2
" " " 20 и свыше .	16	10	6	8	2	1	3	2	7	8
Раб. изразц. зав. " " 1—10 лет .	14	5	2	3	—	—	—	—	7	6
" " " " " 16—20 " .	1	1	—	1	—	—	—	—	1	1
" " " " " 20—40 " .	5	1	—	1	—	—	—	—	3	3
	258	137	68	102	20	10	24	11	86	64

В смысле ранней симптоматологии нейросатурнизма мы полагаем, что пройти мимо суб'ективных жалоб больных на головные боли, колики, артралгии и проч. нельзя, ибо эти жалобы обусловлены несомненным поражением вегетативной нервной системы. Головные боли у свинцовых рабочих связаны с поражением вазомоторов, вследствие отравления свинцом вегетативной нервной системы. Legge и Goadby склонны отнести головные боли у свинцовиков за счет мелких поражений сосудов в области Art. meningea и Sinus'ов, которые вызывают местные раздражения мозга или его оболочек. Опыты Heubel'я, Rosenstein'а и др. доказали, однакож, что обнаруживаемая анемия мозга при экспериментальном отравлении животных вызвана сужением и спазмом сосудов. Опытами Павленко, Кабанова, Гринберга и др. также доказано, что свинец в небольших концентрациях наиболее сильно и в первую очередь поражает сосудосуживающий аппарат. Этим обстоятельством можно себе об'яснить, почему уже при малом стаже работы со свинцом преобладают головные боли. Также часты гастральгии и жалобы на боли в кишечнике в раннем периоде. Как доказано рядом опытов над животными, под влиянием свинцового отравления наступает раздражение спланхническо-ганглиозного аппарата и вследствие этого спазматическое сокращение сосудов желудка и кишек. В ранних периодах мы наблюдаем меньшее количество типичных свинцовых колик, а больше всего свинцовые рабочие с малым стажем жалуются на боли в животе. Эти боли, как показали наши наблюдения над нашими диспансируемыми, являются предвестниками настоящих типичных колик. Поэтому эти гастральгии следует отнести к той же группе свинцовых колик. Механизм их, очевидно, сложнее, чем механизм возникновения кефальгий. Гельман и Харченко предполагают, что мы в

этом случае имеем дело не с непосредственным воздействием свинца на спланхническо ганглиозный аппарат, а с воздействием высоко токсичных продуктов, а именно гематопорфирина, на этот аппарат и на нервную систему вообще. Для накопления токсичного количества гематопорфирина требуется некоторого времени или значительного количества свинца в организме. И, действительно, наши наблюдения показали, что гематопорфирин был обнаружен преимущественно у лиц с большим свинцовым стажем и лишь во время припадков свинцовых колик. Мнение Гельмана и Харченко, что разнообразные проявления свинцовых отравлений связаны внутренним единством, в основе которого лежат продукты нарушенного облика, подтверждалось в целом ряде наших случаев. У некоторых наших диспансируемых проявления свинцового отравления чередовалось кефальгией, болями в животе, коликами, артралгиями, полиневритами и, наконец, заканчивались или сопровождались явлениями энцефалопатий. Жалоб на боли в суставах и мышцах (артралгии, бранхиалгии, миальгии) оказалось меньше чем жалоб на боли в животе, что, очевидно, следует об'яснять тем, что эти артралгии являются уже симптомами более продолжительного воздействия свинца и действительно больше всего артралгии отмечено у свинцовых рабочих с большим стажем. Артралгии следует также отнести за счет поражения вазомоторов. Legge и Goadby сводят их на образование небольших геморрагий в мышцах и нервах, вызванных поражением вазомоторов. Весьма нередко по нашим наблюдениям они являются предвестниками полиневритов и радикулитов. Небезинтересно отметить жалобы на импотенцию у рабочих с большим свинцовым стажем и повышенное слюноотделение у отдельных лиц с меньшим свинцовым стажем Жалобы на парестезии и ослабление работоспособности имеется в большом количестве в более поздних стадиях воздействия свинца и в тех профессиях, где приходится иметь дело с большими дозами свинца (маляры, стереотиперы) рабочие по изразцу.

Данные об'ективного исследования также показывают на преобладание симптомов расстройства вегетативной нервной системы в ранних периодах сатурнизма и на превалирование симптомов расстройства центральной и периферической нервной системы в последующих периодах (см. табл. № 2).

Из вегетативных симптомов первое место занимает повышенная потливость, которая особенно выражена в ранних периодах. В одном случае нами отмечена повышенная потливость лица при отсутствии общей потливости Этот случай интересен тем, что он не связан с какой-либо перенесенной тифозной болезнью, так что тут следует отнести это поражение за счет свинца. Повышенная потливость лица усиливается у этого наборщика с приемом пищи. Одновременно с повышенной потливостью отмечается цианоз стоп и кистей. В отдельных случаях имеется синдром Horner'а. Особого внимания заслуживает дермографизм, который, очевидно. в связи с изменением состояния вазомоторов изменяется как в своей интенсивности, так и в своем выявлении. В ранних периодах мы наблюдаем резко красный дермографизм и лишь изредка слабый, в последующих же, очевидно, в связи с сужением мелких сосудов он становится слабее, а в тяжелых случаях он не вызывается вовсе. Сужением сосудов об'ясняется, по мнению Teleky и Goadby, свинцовый колорит лица, который в наших наблюдениях также проявлялся лишь в более поздних периодах и сопутствовал другим тяжелым явлениям со стороны нервной системы. Хотя свинцовая кайма рассматривается большинством авторов, как местное отложение свинца с последующим превращением его в сернистый сви-

Таблица 2

	Наборщики					Стереотиперы	Печатники				Накладчицы			Рабоч. нарзац. завода			Маляры		
	Стаж 1-5 л.	5-10 л.	10-20 л.	21-30 л.	31 и св.	Стаж 15-20 л.	1-5 л.	6-10 л.	11-20 л.	21 и св.	1-5 л.	6-10 л.	11-25 л.	1-10 л.	20 л.	21-40 л.	1-5 л.	15-20 л.	21-35 л.
	12 чел.	31 чел	65 чел.	21 чел	10 чел.	5 чел	10 чел.	9 чел.	24 чел.	6 чел.	7 чел.	12 чел.	5 чел.	14 чел.	1 чел.	5 чел.	1 чел.	4 чел.	16 чел.
1. Симптомы расстройства вегетативной нервной системы																			
Hyperhidrosis total.	7	13	31	7	3	3	4	4	2	1	4	5	2	3	-	—	1	1	5
„ faciei	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hemihyperhidrosis post. typh.	—	—	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Цианоз кистей и стоп	2	3	11	3	1	1	3	2	2	—	1	2	—	-	—	—	1	1	4
Horner	1	1	3			—		—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Дермографизм резкий	10	26	42	8	2	2	10	8	17	3	7	10	4	12	—	3	1	2	11
„ слабый	2	5	17	10	7	2	-	1	5	2	—	2	1	2	1	2	—	2	3
„ отсутств.	—	—	4	2	1	—	-	—	2	—	—	—	-	—	—	—	—	—	1
Болезнь Raynaud	—	—	-	-		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	1
Повыш. салоотделение	—	1	3	4	1	—	—	4	1	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Свинцовая кайма	—	2	6	2	2	1	—	1	2	1	—	-		—	1	2	—	2	9
Свинцовый колорит	—	1	4	1	2	1	—	1	1	2	-	—	1	—	1	3	—	2	10
Salivatio	1	1	-	--	1	—	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	1	2
Свинц. колики	1	2	7	9	4	2	1	1	4	2	—	—	1	2	1	1	-	2	8
2. Симптомы расстройства центральн. нервной системы																			
Анизокория	2	6	10	2	—	2	2	1	3	2	1	2	—	4	—	—	—	1	4
Парез n. abd.	1	-	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—
Neuralg. n. V	1	-	1	—	—	—	1	—	1	—	1	1	-	1	—	—	—	1	—
Atrophia n. opt.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Ptosis	1	2	1	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Вялая реакция зрачков	—	—	3	2	2	1	—	1	4	—	—	—	—	1	—	—	-	—	2
Отсутствие реакции на конвергенцию или акком.	2	1	2	2	-	1	-	—	—	-	—	—	—	-	-	—	—	—	—
Ослабл. кон'юнкт рефл.	1	1	2	—	—	—	4	—	3	-	-	—	—	-	—	—	—	1	1
Нистагм	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Romberg	—	—	1	—	1	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	--	3
Аднадохокинез	—	-	1	--	—	1		1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Припадки с потерей сознания	—	1	3	3	1	1	-	-	—	—	-	—	1	—	—	—	—	—	2
3. Симптомы расстройства перифич. нервн. сисгемы																			
а) чувств. сфера:																			
гипостезии	2	1	6	3	2	2	—	1	3	1	—	—	1	2	—	—	—	1	5
гиперестезии	—	1	3	-	-	1	1	--	1	—	-	-	-	—	—	—	—	—	—
бол. нервн. стволов	2	8	17	6	3	3	-	2	5	3	-	1	2	6		2	—	3	8
парестезии	2	9	26	11	5	4	—	1	4	1	—	1	1	7	1	3	—	3	7
б) двигат. сфера:																			
слабость экстеиторов	2	4	14	8	3	4	1	1	2	2	—	-	1	7	1	2	—	2	8
гипотония	--	—	6	5	2	3	1	1	1	1	—	-	1	3	1	2	1	2	6
атрофии мышц	—	1	2	—	-	1	—	—	-	-	—	—	-	6	1	2	—	2	4
Teleky	2	4	8	4	2	2	-	1	1	1	—	—	1	5	1	-	1	1	7
Neurit. n. med.	—	—	1	—	—	—	-	-		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Neur. n. Ichiad.	1	1	3	—	1	1	—	—	1	..	—	—	—	-	—	1	1	—	5
„ n. rad.	1	1	6	1	1	1	—	—	1	1	—		—	—	—	—	—	2	2
„ plex. brach.	—	1	2	3	—	1	-	—	—	—	—	—	-	—	—	-		—	1
Тремор. рук резкий	4	13	18	7	6	4	3	2	4	1	1	2	2	9	—	2	1	4	7
в) Рефлект. сфера:																			
полн. арефлексия.	—	—	—	—	—		-	—	—	—	-		—	—	—	-	—	-	1
пониж. верхн. сухож. рефлек.	—	2	4	—	1	—	—	—			—	—	—	—	-	—		2	2
отсутствие Ах. рефлексов	1	1	2	1	1	1	—	—	-	2	—	—	-	—	—	—	—	—	3
„ колен. рефлек.	—	1	—	—	1	—	—	—			—	—	—	—	—	—	—	-	2
пониж. Ахилл. рефлекс.	-	1	1	-	1	1	—	-	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4
„ коленного	—	1	1	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4

нец, однакож исследования Ruge, Lehmann, Schmidt и др. показывают, что главной причиной свинцовой каймы следует считать всосавшийся и циркулирующий в крови свинец. Мы полагаем, что причиной образования свинцовой каймы являются те же вазомоторные расстройства. Только этим можно об'яснить позднее возникновение этой каймы у работников, занятых со свинцом. Тяжелое последствие поражения вазомоторов мы наблюдали в одном случае:

Больной Ю. К., 33 л., маляр. Занят этой профессией в течение 21 года. Наследственность: отец и дядя алкоголики. Родился 6-ым по счету, развивался нормально Пьет. Курит мало. Перенес в 15 лет T. recur.; в 19 лет—гонорею. В 30 лет получил травму правой стопы на работе, но быстро от нее поправился. В 28 лет начал чувствовать боли в ногах, особенно в пальцах стоп. Эти боли прогрессировали, почернели пальцы правой стопы и в 1926 г. произведена ампутация правой стопы после предварительной операции Leriche. В настоящее время появились сильные боли в левой ноге и левой кисти. Кроме того, больной жалуется на резкие головные боли, плохой сон, колики.

Stat. praesens. Больной выше-среднего роста; тип атлетический. Свинцовая кайма и свинцовый колорит. Питание удовлетворительное. Кисти и лев. ступня холодные, левая стопа и культя правой стопы синюшны. Пульс на Art. dors. ped. sin отсутствует. Myocarditis. Arteriosklerosis. Кров. давл. 110 R-R. Пульс 72. Черепные нервы в норме. Зрачки правильной формы, одинаковы, реакции на свет, конв. и акком. живые, Teleky положительный. Болевая и температ. чувствительность резко понижены на правой голени и на левой стопе. Сухожильные и периостальные рефлексы живые. Брюшные рефлексы abs. Рефлексы с Cremaster'а вялые При ходьбе часто приостанавливается и лишь после некоторой передышки продолжает ходьбу. Дермографизм слабый WaR отрицательный в крови. Hb 70% E. 4.000.000. L 8640. Eo 4%, лимфоц. 28%, моноц. 1%, сегмент. 65%, палоч. 2% Базофильной зернистости не обнаружено. Осаждаемость эритроцитов замедлена. Свертываемость крови 5'30".

В данном случае мы имеем дело с болезнью Raynaud развившуюся на почве резкого сужения сосудов с последующей гангреной стопы. Понижение болевой и температурной чувствительности наводят на мысль о поражении в данном случае помимо вегетативных центров в боковых рогах, еще и серого вещества спинного мозга. Самое поражение однакож не может быть отнесено за счет глиоза, так как и локализация диссоциации чувствительности и само течение болезни говорят против последнего. Продолжительный свинцовый стаж нащего больного указывает именно на свинцовую интоксикацию вегетативных центров и возможно и за поражение серого вещества спинного мозга. Случаев Gangn. spont. на почве свинц. отр. описано немного Kazda, Бенсман, Гельцова). В 16 случаях у наборщиков, маляров и гончаров мы отмечали особенно в тяжелых случаях резкую белесоватость ногтей, очевидно, также обусловленную тем же сужением сосудов.

К явлениям расстройства вегетат. системы мы отнесли также свинцовые колики, при чем следует отметить, что в 14 случаях эти колики были приняты за аппендициты и произведена аппендектомия, но без всякого эффекта.

Симптомов расстройства центральной нервной системы у наших диспансируемых оказалось значительно меньше, чем симптомов вегетативной нервной системы. Довольно много случаев отмечено явлений анизокорий, правда, последняя может быть отнесена еще к явлениям расстройства вегетативной системы. В ряде случаев анизокория совпа-

дала с явлениями верхушечного или туберкулезного процесса в легких, так что она может быть рассмотрена как Syndrome phrénico-pupillaire (Sergent et George). Во многих же случаях никаких явлений со стороны легких при многократных исследованиях в тубдиспансере не было обнаружено, так что анизокория и проч. зрачковые расстройства должны быть отнесены за счет поражения свинцом, тем более, что в обследованиях Нейдинга и Фельдмана, Евзеровой и Legge-Goadby таковые также были найдены. Следует ли считать отмеченные нами 3 случая пареза n. abduc. следствием свинцового отравления мы не можем, так как небольшой свинцовый стаж этих лиц не дает оснований к такому предположению; то же относится и к нистагму. Хотя парезы n. abduc. при отравлении свинцом и также нистагм описаны. Невралгии же тройничного нерва, очевидно, нередки при нейросатурнизме. Поражением n. V следует об'яснить и относительную частоту ослабления кон'юнктивального рефлекса. Большого интереса заслуживают наши 2 случая атрофии зрительного нерва. Как известно Tanquerell среди своих 1500 свинцовых больных имело только 12 случаев расстройства зрения. Uthoff из 138 случаев свинц. интоксикации глаз видел 29% атрофии зр. нервов разл. степени, а из них всего только один случай слепоты от свинца

Случ. 1. Е. Л., 42 л., ручной наборщик в течение 25 лет. Больной никакими инфекц. бол. не болел. Lues отрицает. Не курит. не пьет. Со стороны наследственности ничего особенного. 3½ года т. н. больной начал плохо видеть. До этого бывали частые головные боли, головокружения, боли в животе.

St. praesens. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Свинц. каймы нет, но имеется утолщение десен. Сердце и легкие без изменений. Стул и моча в норме. Черепные нервы: движения глаз достаточные. Анизокория. Реакции зрачков на свет и конвергенцию достаточны. „Атрофия обоих зрительных нервов. Vis OD счет пальцев на расстоянии 10 см; Os—на расстоянии 40 см. Полная слепота на цвета“ (заключ. д-ра Д. В. Кантора). Поле зрения на правом 20°, на левом 38°. Остальные черепные нервы Norma. На верхних конечностях гипотония и ослабление силы экстензоров локтя и кисти с некоторой атрофией мышц. Teleky положительный. Нижние конечности нормальны. Сухожильные и периостальные рефлексы живые. Брюшные рефлексы N. Атаксии нет. Патол. рефлексов нет. Чувствительность: понижение болевой чувствительности по всему телу. Исследование вегетат. нервной системы дало при фармакол. пробах ваготонию.

Спинномозговая жидкость прозрачна, безцветна, давление слегка повышено. Nonne и Pandy отрицательны. Pleocyt. $^{2}/_{3}$. Mastixreaktion отрицательна. WaR отрицательна. Кровь: Hb 75%; E 4.800.000: L. 9.500. N—57%; M. 8%; палочк. 3%. Базофильная зернистость не обнаружена.

Этот случай хотя общих признаков свинцового отравления (базофильная зернистость, гематопорфирии) не показывает, однакож следует отнести на счет свинцовой интоксикации. На последнюю указывает продолжительный свинцовый стаж, отсутствие указаний других возможных причин Neur. n. optic, свинцовые колики и гол. боли в анамнезе, слабость экстензоров и гипотония, небольшая атрофия экстензоров.

Случ. 2. С. К., маляр, 29л. Работает в качестве маляра 16 л. Наследственность: алкоголизм отца, мать больна нервным расстройством. Развивался нормально. В детстве перенес корь и скрофулез, В 20 л. болел T. recurr и дизентерией. Венерич. болезни отрицает. Курит, не-

много пьет. Жалуется на жесткие боли в животе, режущего и колющего характера. Из-за резких болей не может спать. Такие колики у него 2 раза были. Частые головные боли.

St. praesens. Телосложение правильное. Тип смешанный. T⁰ 37,4⁰. Питание удовлетворительное. Немного морщинистое, аспидного цвета лицо. Свинцовой каймы нет. Совершенно бледно-серые ногти. Легкие N. Тоны сердца глухие, пульс 90, ритмичный. Живот напряжен, резкая болезненность при пальпации. Прощупываются сокращенные кишечные петли. Нервная система. Atroph. nn optic incip. Понижение цветоощущения. Парестэзия в пальцах рук. Болезненность нервных стволов на верхних конечностях. Понижение тонуса мышц на верхних конечностях. Ослабление силы экстензоров на верхних конечностях. Teleky положительный. Резкий тремор пальцев рук. Сухожильные, периостальные и кожн. рефл. живые. Дермографизм красный. Задержка мочи на целые сутки во время приступов колик. В желудочном соке общ. кислотн 10; свободн. сол. кисл. нет. Гематопорфирина нет. Бизоф. зернисти нет. Hb 87%. Кров. давл. 105/77 RR.

Точно так же, как в предыдущем случае, мы тут имеем дело с поражением зрит. нерва на почве свинцового отравления, за которое говорят свинцовый стаж, свинцовый колорит, типичные свинцовые колики, парестэзия, слабость экстензоров и пр.

Romberg и аднадохокниез мы наблюдали в случаях со свинцов. коликами и резкими головными болями, особенно же они выступали в случаях, связанных с эпилептоидными припадками. Преимущественно Romberg и некоторая атаксия имели место у больных с большим свинцовым стажем и только у одного печатника, со стажем 9 л., он был отмечен также, но в этом случае имелись общ. явления тяжелой интоксикации с резким понижением тонуса и адинамией.

В 23 случаях отмечена бессонница, а в 6 сонливость.

В 9 случаях нами была отмечена у наборщиков несколько скудная мимика, плохой сон, вялая реакция зрачков, общ. скудость движений, пов. слюнотечение хотя в анамнезе отсутствовали данные о перенесенном эпидем. энцефалите. Так что не исключена возможность влияния свинца в этих случаях непосредственно на экстрапирамидную нервную систему, тем более, что в опытах Розенкова были обнаружены микроскопические изменения в подкорковых ганглиях. Очевидно не только марганец поражает экстрапирамидную систему, но и свинец.

В ряде случаев отсутствовали или оказались пониженными брюшные рефлексы. Такое же понижение брюшных рефлексов отмечено Вайнштейном в Ленинградском обследовании свинцовиков.

Среди наших случаев отмечено 11 случаев с припадками потери сознания, из них у 3 припадки происходили еще с детства, у остальных мы эти припадки должны считать свинцовоэнцефалопатического происхождения, так как в их анамнезе отсутствуют всякие указания на эпилепсию или ее эквивалента.

Мы приводим вкратце несколько историй болезни:

Случ. 1. В. Ч., 50 л., наборщик в течение 36 л. Жалуется на то, что на 49-ом г. жизни впервые у него появились припадки. В первый раз с ним припадок случился на улице, потерял сознание, были судороги, появилась пена. Через 3 мес. второй припадок ночью во время сна с судорогами, пеной, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. С того времени в течение 1½ лет было еще 3 припадка. До этих припадков бывали боли в животе и периодически гол. боли. Пил редко и мало. Не курит. Мать алкоголичка.

St. praesens. Низкого роста. Умеренного питания. Кифоз. Свинц. колорит. Тоны сердца глухи. Эмфизема легких. Кровь Hb 68% Эр 4.940.000 Л. 7425. Nsg 58%; L 33%; Nst 4%; M 1%; B 1%; E 5%; Быз. зерн. abs. Кр. давл. $^{150}/_{90}$ Моча N. Анизокория. Живая реакция на свет. Парестезии. Резкий тремор пальцев рук. Рефлексы живые; патол. abs. Дермографизм слабый. WaR отрицательный.

Появление типичных эпилептич. припадков на 49-ом году жизни при наличии больш. свинц. стажа и бывших ранее свинцовых колик указывают на свинцовое происхождение этих припадков. Малая частота этих припадков описана также Нейдингом и Фельдманом.

Случ. 2. А. Л., 22 л., наборщик, свинц. стаж 6 л. Жалуется на то, что за посл. 3 мес. 2 раза внезапно терял сознание и потом ничего не помнил, что с ним происходило. Не курит, не пьет. Со стороны наследственности никаких особенностей. До наступления этих припадков резкая слабость в ногах и руках и частые гол. боли. Сыпной тиф перенес 6 лет т н.

St. praesens. Рост средний. Питание удовлетворит. Со стороны внутр. органов никаких отклонений. Hb 89%. Er. 4 600.000 L. 6.587. Nsg 65%, Nst 2,5%, M 5%, Lymph. 23%, Eos. 4,5% Базоф. зернистость эритроцитов+. Кров. давл. $^{150}/_{95}$ Hg R-R. Анизокория. Живая реакция зрачков на свет конверг. и акком. Ослабление мыш. силы рук, разгибатель левой кисти слабы. Teleky+. Гипотония мышц верхн. конечн. Рефлексы N. Дермографизм розовый. Свинц. колорит. Потливость. Romberg.

Несмотря на то, что в данном случае свинцов. стаж небольшой, мы должны считать эпилептоидные припадки нашего больного свинцового происхождения. За последнее говорит особенно базофильная зернистость эритроцитов, как определенный признак тяжелой свинц. интоксикации. Слабость экстензоров, гипотония, нарастающая слабость также указывают на свинц. отравление.

Случ. 3. С. С., наборщик, 33 г., свинц. стаж 17 л. Жал. на припадки эпилепсии, появившиеся у него на 23 году жизни. Припадки с пеной, судорогами, потерей сознания. Припадки редки 1 раз в 2-3 года. Пьет. Курит. Нюхал кокаин. Частые гол. бол. Наследственность—алкоголизм матери.

St. praesens. Рост средний. Питание удовлетв. Свинцов. колорит. Свинцовая кайма. Левая нога ампутирована (после ранения) Apicitis fibr. utr. Сердце расширено. Тоны глухи. Пульс 80. Сознание ясное, иногда зрительные галлюцинации. Черепн. нервы N. Парестэзия в пальцах рук, иногда при наборе судороги в пальцах левой кисти. Чувствительность N. Движения хорошие. Брюшные рефлексы и Cremaster abs. Коленный рефлекс высокий. Ахилов справа слаб. Дермографизм красный. Повышенная потливость. WaR в крови отрицательная. При исследовании кала яиц глистов не обнаружено.

Хотя в наследственности имеется алкоголизм, мы однако считаем, что эпилептические припадки этого больного также следует связать с хронич. свинц. интоксикацией. Алкоголизм нашего больного и его алкогольная наследственность только являются конституционными моментами, способствовавшими большему поражению нервной системы свинцом. Редкая частота припадков также, пожалуй, указывает на свинцовое их происхождение; по крайней мере отмеченные Нейдингом и Фельдманом случаи эпилепсии у одесских типографских рабочих также отличались редкой частотой.

В прочих случаях потери сознания, отмеченных нами, не имелось определенных припадков эпилепсии, а только внезапные обморочные состояния или потеря сознания после сильных головных болей.

Случ. 4. Х. Л., накладчица, 33 л., свинц. стаж 21 г. Страдает 6 л. периодически резкими головными болями, преимущественно охватывающими одну половину головы. Гол. боли кончаются обычно с потерей сознания. Не пьет. Не курит. 6 беременностей, из них 1 кончился выкидышем. Со стороны наследственности ничего особенного.

St. praesens. Больная среднего роста, удовлетвор. питания. Тип пикнич. Свинцовый колорит. Свинцовая кайма. Легкие, сердце, кишечник N. Черепные нервы без отклонений. Речь вялая. Otitis med. bilat. Парестэзии в пальцах кистей. Болезненность нервн. стволов при давлении. Ослабление мышечной силы экстензоров и отчасти флексоров верхн. конечн. Резкий тремор пальцев рук. Romberg. Шатание при ходьбе с закр. глазами. Рефлексы с biceps'a и triceps'a ослаблены, остальные N. Polyuria. Кров. давл. $^{145}/_{100}$ Hg R R. Hb 75%. E. 4 210.000. Z. 7.720. Из них лимф. 31%, эозиноф. 1%. WaR в крови отрицательная. Базофильной зернистости нет.

Случ. 5. Ш. М., наборщик 23 л., свинц. стаж 8 л. Жалуется на гол. боли, головокружения, кончающиеся обморочным состоянием. Таких приступов было 3-4 за 3 года. Не пьет, курит.

St. praesens. Внутр. органы N. Анизокория. Ptosis обоих век. Чувствит. и двигат. сферы без отклонений. Сухожильные рефлексы повышены. Дермографизм слабо вызывается. Свинцовый колорит лица. Базофильной пунктации эритроцитов не обнаружено.

Случ. 6. И. Н., 30 л. стереотипер. Свинц. стаж 8 л. Жалуется на жестокие боли в ногах, из-за которых вынужден был слечь в постель и пролежать 16 дней. Частые обмороки с потерей сознания. Плохой сон из-за болей. Курит, пьет.

St. praesens. Свинц. колорит. Кайма на деснах. Myoicarditis. Черепные нервы N. Ослабление мышечной силы на верхних конечностях. Teleky +. Гипотония нижн. конечн. Болезненность нервных стволов и мышц нижн. конечн. Lassegue abs. Сколиоз вправо. Рефлексы N. WaR отр.; базофильной зернистости эритроц. нет.

Случ. 7. Л. Г., 30 л., печатник. Свинц. стаж 18 л. Жалуется на резк. гол. боли, кончающиеся потерей сознания. Боли в локтях и коленях. Колики. Пьет, курит. Наследственность: хронический алкоголизм отца.

St. praesens. Свинцовый колорит. Свинцовая кайма. Apic. fibr. d. Глухие тоны сердца. Своб. HCl 12. Связанной 16, общая кислотность 32. В моче гематопорфорин. В крови базофильная зернистость эритроцитов 4-6 на 10 000. Черепные нервы без отклонений. Болезненность нервн. стволов. Понижение бол. термич. и такт. чувствительности на тыльной стороне предплечий и кистей. Крупный тремор пальцев. Ослабление мышечной силы. Romberg. Дермографизм слабый. Потливость. Повышенное слюноотделение. Кров. давление $^{150}/_{90}$ Hg R R.

Как видно из этих историй болезни, мы в целом ряде случаев наблюдали церебральные явления, как в виде типичных эпилептических припадков, так и в виде не вполне выраженных эпилептических припадков, но как те, так и другие должны быть отнесены за счет хронической свинцовой интоксикации. По работам Jones'a и Westphal'я, мы знаем, что эти припадки могут быть различного происхождения: 1) симптоматического,—вследствие очаговых изменений — геморрагии в мозговые оболочки мозга; 2) эклямптического, вследствие свинцовых нефритов и 3) интоксикационного-эпилептического. Наши случаи должны быть отнесены к группам 1 и 3, причем в случае симптоматического происхождения припадкам пред-

шествуют другие явления свинцового отравлеиия: гол. боли, бессонница, колики, артралгии и т. п. Так что припадки потери сознания являются как бы кульминационным пунктом накопления продуктов высокой токсичности, приводящие к поражению сосудов оболочек мозга

Если поражения центральной нервной системы занимают небольшое место среди симптомов нейросатурнизма, то расстройства периферических нервов издавна известны, как наиболее частые. Большинство современных авторов, в противовес Gowers'у Gowon'у, Monnereau, Eulenberg'у и др. считают характерные для свинцовых параличей отсутствие или незначительное расстройство чувствительности. В большинстве случаев это имеет место и подтверждает мнение об элективном поражении свинцом передних рогов.

В целом ряде случаев наблюдаются по данным Неймана и Фельдмана, Евзеровой и Кулькова расстройства поверхностной чувствительности. В наших исследованиях н ми было также отмечено 32 случая гипостезии и 7 случаев гиперестезии. Эти гипостезии имели полиневритический характер и преимущественно захватывали дистальные отделы. Расстройств глубокой чувствительности нами не отмечалось. Значительно чаще чем расстройства чувствительности нам пришлось, констатировать болезненность нервных стволов преимущественно n.n. rad. и uln., а также n. ischiad, а именно в 70 случаях. Это указывает, что во многих случаях, где еще нет двигательных или чувствительных расстройств патологические процессы происходят уже в самом нерве. Эта болезненность нервных стволов в большинстве совпадала также и с суб'ективными жалобами больчого на парестезии. Расстройства чувствительности наблюдались преимущественно у лиц с большим свинцовым стажем и лишь в отдельных случаях у рабочих с малым стажем. но с наличием общих признаков свинцовой интоксикации: базофильной зернистостью и др.

Из двигательных расстройств следует отметить 62 случая с ослаблением разгибателей кистей и пальцев рук. Особенно слабыми оказались m. m. ext. digit. comm. и ext. carpi rad. Симптом Teleky подтвердился только в 41 случае, однако-ж он наблюдался не в первоначальных, ранних стадиях свинцовой интоксикации, а чаще когда имелись уже и прочие невритические явления: атрофии, расстройства чувствительности и пр. Таким образом мы должны согласиться с Вигдорчиком, что признак Teleky не может служить ранним симптомом свинцового отравления, все же он имеет значение как общий признак начавшегося неврита лучевого нерва. Наряду с преимущественным поражением разгибателей правой кисти мы обнаружили ослабление мышечной силы и других мышц предплечья и кистей правой верхней конечности у свинцовых рабочих. В одном случае у наборщика с 12 летним стажем обнаружен неврит n. med d. При исследовании ручной силы динамометром 255 свинцовых рабочих нами установлены: 1) падение мышечной силы в связи со стажем: средняя мышечная ручная сила у лиц со стажем 1—5 лет 37,4 для правой кисти и 33,6 для левой, со стажем в 6—10 л. 38,2 и 36,5, со стажем 11—20 л. 34,0 и 32,5, а свыше 20 л. 30,7 для правой и 29,8 для левой; 2) рост преобладания силы левой руки над правой соответственно стажу: при стаже в 1—5 лет сила левой руки оказалась больше правой в 0,5% случаев, при стаже в 5 - 10 лет—1%, при стаже в 11—20 лет—10%, при стаже свыше 20 лет—16,6%; 3) с ростом стажа сила левой руки выравнивается с правой: со стажем в 1—5 лет в 10,8% случаев, в 6—10 лет—14%, в 11—20 лет—19%, свыше 20 лет—24,2%. Резкое

ослабление мышц силы и пр. кисти нами отмечено особенно у рабочих изразцового завода и у женщин наборщиц и накладчиц.

В 3 случаях мы отметили поражение Plex. brach. слева у наборщиков, в 6 случаях констатирована слабость разгибателей левой кисти, а у одного маляра установлен нами neur. n. ischias sin. Это как бы противоречит мнению большинства авторов (Teleky и др.) об избирательном поражении свинцом правой работающей верхней конечности. Нам представляется однакож, что это не противоречит теории Eddinger'a об избирательном поражении наиболее утомляемых мышц, если принять во внимание некоторые моменты работы наборщиков и маляров. Наборщик работает все время стоя, правой рукой набирает шрифт, а левая находится в согнутом положении локтя и держит верстатку прибор. При таком положении устает достаточно и левая верхняя конечность, а нижние конечности, переутомленные постоянным стоянием, оказываются иногда весьма подверженными интоксикации. Маляры и живописцы работают стоя или в очень неудобных, вызывающих напряжения, положениях; кисть они держат в правой руке, но и левая рука работает, она держит линейку, трафарет, тащит ведро с краской, помогает при шпаклевке и т. д. Большая напряженность мышц нижних конечностей благоприятствует большой частоте поражения n. ischiad. у маляров, а некоторая утомляемость левой верхней конечности может также способствовать интоксикации. Опыты Гарвардской лаборатории над кошками показали, что в основе большого поражения утомленных групп мышц лежат химич. процессы. При односторонней работе опред. групп мышц они обнаружили в них значительные скопления растворимых плюмбофосфатов и лактатов.

В 90 случаях нами было установлено дрожание рук, как мелкого, так иногда и интенционного характера. Так что и этот симптом, мы полагаем, имеет значение в ранней диагностике нейросатурнизма, поскольку он наряду с вегетативными симптомами уже часто наблюдается в первоначальных периодах интоксикации. Электровозбудимость исследовалась много раз и реакцию перерождения мы отметили только в типичных неврестах, в остальных же случаях отмечено только количественное уменьшение реакции. В некоторых отдельных случаях наблюдалось повышение механич. возбудимости мышц, а в 2 случаях отмечен Chwostek.

Типичные невриты и полиневриты встречаются, очевидно, за последние годы редко. Данные Нейдинга, Евзеровой, Вайнштейна и др. указывают определенно на это. И наши обследования так же, как будто, это подтверждают. Типичный свинцовый паралич лучевого нерва нам пришлось отметить у 2 маляров, а 4 случая тяжелого полиневрита у 3 маляров и 1 горшечника. В 14 случаях имелись нерезко выраженные парезы лучевого нерва; в 7 случаях у наборщиков и стереотиперов—легкие парезы Plex brach и довольно резкий у одного маляра. Эти невриты все же сопровождались атрофией мышц, особенно часто наблюдались атрофии m. deltoidei. В одном случае мы наблюдали типичный парез n. med. d. у одного наборщика с 12 летним стажем, при этом имелась также базоф. зернистость у него. У рабочих изразцового завода в 6 случаях отмечены парезы n. uln. со значительной атрофией mm. interossei и hypothenar. Поражение n. uln., пожалуй, об'яснимо родом работы этих рабочих. Им приходится месить и катать свинцовую смесь, набирать в ладони глазурь, накладывать, полировать и т. д. ладонями. В случаях из изразцового завода оказались 3 с двухсторонним парезом. В 15 случаях оказались пораженными нижние конечности в виде невритов и невральгий седалищных нервов с отсут-

ствием Ахиллова рефлекса в 10 из них. В ряде случаев поражения периферич. нервов верхних конечностей было отмечено также понижение или отсутствие соответствующих рефлексов. В одном случае была установлена Meralgia paraesthetica Рота у одного печатника. Относительную частоту поражения нижних конечностей в наших случаях следует отнести за счет вышеуказанных моментов.

Особый интерес имеют случаи полиневрита, которые нами наблюдались. Мы вкратце приводим две истории болезни, другие 2 случая менее интересны. Эти же случаи характеризуются не только поражением суставов, но еще явлениями энцефалопатии.

Больной Ю. С., 32 л., маляр ж. д. вагонов. Поступил в клинику с жалобами на резкие гол. боли, шум в голове, колики в животе. „онемение" пальцев рук и стоп и невозможность работать. Больной имеет 17 летний свинцовый стаж. Пьет много с 12—14 летнего возраста. Курит. Отец алкоголик; сестра умерла от tbc. Больной был 1 раз контужен и 1 раз ранен в челюсть и левую кисть. Lues отрицает. Женат, у жены было 2 выкидыша. Заболел он $1^1/_2$ мес. т. н. головными болями и коликами, эти боли усилились особенно за последние 3 недели и одновременно с этим появился бред, спутанное состояние, общее возбуждение. К моменту поступления в клинику возбужденное состояние сменилось апатией, общей психической слабостью. Больной вял, безучастен к окружающей обстановке, сонлив, не отдает себе отчета в своем состоянии, плохо считает, ориентирован. Временами словоохотлив, эйфоричен.

Со стороны внутренних органов никаких отклонений. Mora N., гематопорфирина нет. Кров. давление $^{125}/_{85}$ Hg R-R В крови Hb 87%. E. 5.080.000. L. 7688. Базофильной пунктации эритроцитов нет. Свинцовый колорит лица. Ногти совершенно бледны. Черепные нервы: анизокория, концентрич. сужение поля зрения, на дне глаза—небольшая гиперемия назальной половины соска. Слух понижен (Otitis med. utr.). Общее понижение силы во всех конечностях, особенно в лучезапястных, голеностопных и левом локтевом суставах. Резкий тремор век, языка и пальцев рук. Атаксия в верхних и нижних конечностях. Romberg. Понижение тонуса. Периостальные и сухожильные рефлексы вызываются. Резкое понижение тактильной, болевой и термической чувствительности особенно на тыльной поверхности плеч, предплечий и кистей в области n.rad. и на передней поверхности нижних конечностей, усиливаясь в дистальных отделах. Мышечное чувство расстроено в пальцах рук, а еще больше в пальцах стоп. Сильная болезненность нервных стволов при давлении. Потливость. При поясничном проколе спинномозговая жидкость вытекает под большим давлением Белковые реакции отрицательны. WaR в крови и жидкости отрицательны. Больной пролежал в клинике $1^1/_2$ мес, несколько поправился, но паретические явления остались. Через 1 месяц после выписки из клиники с ним на улице случился припадок с потерей сознания, судорогами, прикусом языка, пеной изо рта.

Резюмируем наш случай: 32 летний маляр со свинцовым стажем в 17 лет, страдавший коликами и гол. болями заболевает явлениями множественного неврита. Сам по себе полиневрит относится больше к сенсорным полиневритам и сходен по своему расстройству чувствительности к случаям, описанным Евзеровой. Параллельно с этим имеются и расстройства со стороны центр. нервной системы, которые, начавшись с головных болей, проявляются затем в виде острого спутанного состояния и заканчиваются эпилептоидными припадками.

Больной З. Л., 49 лет, горшечник, поступил в клинику с жалобами на слабость в кистях рук и в стопах. Заболел год т. н., сначала были сильные боли в животе и запоры, затем через 4—5 дней началась лихорадка, доходившая до 40° и появился бред, а через 2 недели „отнялись ноги и руки". С тех пор состояние немного улучшилось, но еще плохо владеет пальцами рук, а правая нога при ходьбе отвисает. Больной один раз уже в 14 лет болел таким же заболеванием, захватившим нижние конечности, больше никаких болезней не перенес. Пьет умеренно, курит много. Отец больного горшечник ничем не болел. Lues, tbc, псих. и нервные заболевания в роду отрицает, сам также венерическими болезнями не болел.

Со стороны внутренних органов: эмфизема и артериосклероз. Черепно-мозговые нервы без отклонений. Ограничение разгибания в лучезапястных, голеностопных суставах и в пальцах рук. Сила разгибателей резко ослаблена, особенно в правой руке и правой ноге. Сгибание нормально. Обе кисти в положении сгибания, IV и V пальцы больной не может разогнуть. Стопы в положении pes equino-varus. На руках резкая атрофия interossei, thenar и hypothen. При ходьбе правая стопа отвисает. Значительно выраженный Romberg. Тонус немного понижен. Сухожильные и периостальные рефлексы на верхних конечностях—вялые, на нижних abs. Патологических рефлексов нет. Понижение тактильной, болевой и температурной чувствительности на кистях и ступнях; мышечное чувство не расстроено. Спинномозговая жидкость вытекала под давлением; Pandy, Nonne отрицательные. Плеоцитоз $^{2}/_{3}$. WaR в Liquor'a и крови отрицательны. Кровь: Hb—62%. E. 3.580.000. L. 6100. Нейтроф. юных 2%, сегмент. 48%, эозиноф. 4%, базофилов 2%; лимфоц. 37; переходных и моноцитов 7%. В моче ничего патологического.

Во время пребывания больного в клинике усилились головные боли и боли в ногах. Через 2 нед. t° поднялась, появилась припухлость левого голеностопного сустава, а также и других суставов. Одновременно с этим появился бред и состояние больного стало тяжелым. Высокая температура, запоры, болезненность суставов продолжалась 6—7 недель и постепенно только улучшилось общее состояние.

В отличие от предыдущего случая данный случай характеризуется двигательным поражением типичного свинцового полиневрита, но вместе с тем расстройства чувствительности имели и тут место. Особенное значение имеет этот случай своей комбинацией с поражением суставов и энцефалопатией. Следует ли это опухание суставов отнести за счет т. н. свинцовой подагры или за счет трофических расстройств затруднительно сказать. Свинцовая подагра, как известно, наблюдается по данным Garrod, Jackob, Hübner, Dreschke и др. наблюдается довольно часто—от 5 до 10% у свинцовых рабочих, причем по данным Hübner'a она может захватить все суставы, вызвать флегмоны и привести к тяжелым общим явлениям. Отсутствие каких-нибудь предрасполагающих болезней: ангины, гриппа и др. и также то обстоятельство, что у нашего больного со стороны сердца во все время болезни и также после нее отсутствовали какие-нибудь болезненные явления говорит против обычного суставного ревматизма. Мы склонны отнести это опухание суставов больше за счет трофических изменений при одновременной энцефалопатии. Мы в этом случае имеем также нарастание явлений, начавшихся гол. болями и коликами и затем захвативших периферическую и центральную нервную системы при одновременном поражении трофики. О повышении t° при энцефалепатиях мы имеем также некоторые указания в литературе (Голант и др.).

Небезинтересно отметить еще в данном случае уже бывший паралич у этого больного еще в 14 летнем возрасте, захвативший нижние конечности. Это подтверждает мнение Oppenheim о том, что свинцовые параличи могут быть приобретены и наследственным путем (отец больного также был горшечником) и мнение Putnam, Newmark и Oppenheim, что в детском возрасте преимущественно поражаются нижние конечности.

Из общего количества 258 обследованных нами рабочих, занятых со свинцом, у 29 обнаружены об'ект изменения со стороны центральной нервной системы (церебральные формы), у 63 со стороны периферической нервной системы и у 98 со стороны вегетативной сферы, всего таким образом у 190 лиц или у 73,6%. Как было указано выше, вегетативные симптомы преобладали у лиц с меньшим свинцовым стажем, а расстройства периферич. и центр. нервной системы у лиц с большим стажем. Особенно тяжелые явления были отмечены у 43 лиц, из них у 23, кроме общих явлений интоксикации и симптомов со стороны нервной системы, найдена была также базофильная пунктация эритроцитов и в целом ряде случаев еще и гематопорфирин. Всего обнаружена базофильная зернистость у 27 человек. Как видим, базофильная зернистость эритроцитов была найдена только в 10% всех случаев, а из общего количества случаев с исследованием крови (всего было произведено 188 исследований крови) в 14,3% В большинстве же случаев с несомненными клиническими симптомами нейросатурнизма базофильной пунктации эритроцитов обнаружено не было. Большею частью одновременно с базофильной пунктацией имелась полихромазия. Другие морфологические и физические изменения были найдены в значительно большей степени у наших обследованных. Нормальное количество гемоглобина (80% Hb выше по Sahli) найдено только у 53,1%, в 46,9% оно оказалось уменьшенным, в отдельных особенно тяжелых случаях доходило даже до 58-59% Hb по Sahli. Уменьшение количества гемоглобина оказывалось особенно значительным в случаях с тяжелыми и резкими явлениями со стороны нервной системы и с нарастанием стажа.

Таблица 3

Явления со стороны нервной системы	Базоф. зернистость эритроц.	Количество гемоглобина					
		58—59%	60—64%	65—69%	70—74%	75—79%	Норма 80% и выше
Тяжелые	22	1	2	1	1	10	17
Резко выражены	5	1	4	6	9	18	32
Средне „	—	—	—	—	4	14	30
Слабо „	—	—	—	—	2	6	17
Без явлений	—	—	—	—	1	2	10
Свинцовый стаж							
1— 5 л.	1	—	—	—	2	6	13
6—10 „	3	—	—	1	3	11	27
11—20 „	13	1	3	3	8	21	51
20 лет и выше	10	1	3	3	4	12	15

Особенно резкое уменьшение количества гемоглобина было найдено у маляров и у рабочих изразцовых заводов. Совпадения умень-

шения количества гемоглобина с базофильной пунктацией б. ч. не удалось установить: только в 5 случаях базофилии имелось уменьшение количества Hb, в остальных они соответствовали норме. Уменьшение же количества эритроцитов имелось в 10 случаях с базофильной зернистостью, в 4 повышение количества, а в остальных нормальное количество. Как в исследованиях Ленинградского института по изучению профболезн. (Фишер и Никулина), так и в наших исследованиях оказалось, что окраска красных кровяных шариков быстрее страдает от воздействия свинца, чем количество их. Уменьшение количества гемоглобина составляет 47% всех обследований, а уменьшение количества эритроцитов только 36,5%. Таким образом получается понижение цветного показателя и, действительно, последний понижается со степенью тяжести явлений нейросатурнизма, в особенно тяжелых случаях он даже доходил до 0,54.

Таблица 4

Явления со стороны нервной системы	Количество эритроцитов в 1 куб. мм			Цветной показатель		
	< N	N (4.500.000—5.000.000)	> N	< 0,95	0,95—1,0	> 1,0 до 1,05
	Процент случаев					
Тяжелые	56	40	4	67	30	3
Резко выражены	52	48	—	59,8	36,2	4
Средне „	35	58	7	39,3	59	1,7
Слабо „	32	57	11	33,3	66,7	—
Без явлений	16	74	10	22	73	5
	36,5	56	7,5	46,7	49	3,3

В отношении лейкоцитов мы должны отметить, что в 19% найдено увеличение количества, доходившее в отдельных тяжелых случаях до 11-12000. Гиполейкоцитоз и лейкопения в 11%. Лейкоцитарная формула крови характеризуется увеличением количества лимфоцитов, эозинофилов и появления юных форм. Количество моноцитов, в большинстве случаев, не оказалось повышением, сдвига влево также не приходилось отмечать в такой степени, как другими авторами (Фишер и Никулина). Увеличение эозинофилов указывает на поражение Vagus'a.

Таблица 5

Явления со стороны нервной системы	Колич. лейкоц.			Колич лимфоц.			Колич. палочкоядерных			Колич. юн. форм			Колич. эозинофил.			Колич. моноцит.		
	< N	N	> N	< N	N	> N	< N	N	> N	< N	N	> N	< N	N	> N	< N	N	> N
	Процент случаев																	
Тяжелые	25	59	16	78	20	2	44	48	8	—	89	11	12	60	28	33	57	10
Резко выражены	29	68	3	73	27	—	60	40	—	—	94	6	6	64	32	37	60	3
Средне „	21	64	13	65	32	3	70	30	—	—	94	6	4	70	24	36	60	4
Слабо „	16	72	12	56	44	—	35	65	—	—	97	3	—	80	20	21	70	9
Без явлений	10	90	—	44	56	—	—	100	—	—	—	—	—	95	5	37	51	12

Нейтрефилез отмечен нами в значительной степени. Все эти явления, указывающие на наличие дегенеративных и регенеративных процессов в крови, имеют особенно большое значение, поскольку они они идут б. ч. параллельно, как можно видеть, с явлениями со стороны нервной системы.

Помимо исследования морфологического состава крови, нами было произведено исследование свертываемости крови у 126 свинцовых рабочих, а реакции оседания эритроцитов у 130. В виде контрольных исследований нами были поставлены исследования свертываемости и оседания эритроцитов у 100 рабочих и служащих, не занятых со свинцом. Таким образом нам удалось установить определенные штандарты срока свертываемости и быстроты оседания эритроцитов. При свертываемости нами учитывалось время появления первой нити. Средняя продолжительность появления первой нити у несвинцовиков в наших контрольных исследованиях составляет 4 минуты. Только в 2% начало свертываемости через 2'30", в 8% — через 3', в 16% — через 3'30", у 72% — через 4', а в 2% — через 4'30" — 5'. У свинцовых же рабочих начало свертываемости отмечено в 1,5% через 2'3"—2'30", в 5,5% через 3', в 10% через 3'30", в 29% через 4', в 16% через 4'30", а в 38 через 5'—8'10". Замедление свертываемости преимущественно наблюдалось в случаях с тяжелыми или резкими явлениями со стороны нервной системы. При сопоставлении свертываемости со случаями с базофильной зернистостью, мы только в одном случае могли отметить повышенную свертываемость с появлением первой нити через 2'3", в другом через 3', в 4 она появилась через 4', а во всех же остальных 22 случаях свертываемость оказалась пониженной, а именно составляла 5'—6'30". Наши исследования не вполне совпадают с экспериментальными работами Ф. Супоницкой, у которой оказалась повышенная свертываемость крови при экспериментальном свинцовом отравлении. Повидимому, мы здесь, как и доказано исследованиями Ленинградского института в отношении вязкости крови (Ковальчик и Чельцова), имеем расхождение между клиникой и экспериментом. В опытах Супоницкой оказалась повышенная вязкость крови у опытных животных, исследованиями же Ковальчик и Гельцовой установлено клинически при свинцовом отравлении на материале в 136 случаях как раз обратное, а именно понижение вязкости. Наши исследования показывают это и в отношении свертываемости. Понижение вязкости и свертываемости должно способствовать и замедлению скорости оседания эритроцитов. И, действительно, в наших исследованиях такое явление обнаружилось. В наших контрольных опытах только в 3% наблюдалась скорость оседания эр. 1 мм в час, исследования производились прибором и по методу д-ра Панченкова), в 7%—2-3 мм, в 64%—от 4 до 8 мм, а в 26% больше 8 мм, при чем особенно быстрое оседание отмечалось у людей с легочными процессами. У свинцовых же рабочих в 3% никакого осаждения эритроцитов вовсе не получилось, до 0,5 мм в час у 5%, до 1 мм в час у 25%; 1,5—2 мм в час у 19% и т. д. В случаях с базофильной пунктацией эритроцитов в 50% р. о. давало 0,5—1 мм в час, в 23%—2 мм, в 11%—3-4 мм, в 12%—8-9 мм, а в одном случае (4%) р. о. дало 18 мм в час, но в этом случае имелся выраженный туберк. процесс. Замедление реакции оседания отмечалось преимущественно в случаях с выраженными явлениями со стороны нервной системы. Замедление р. о. отмечалось не только в первом часу, но и в последующие часы, оставаясь все время замедленной и только в 24 случаях туберкулеза легких и в одном случае беременности реакция оседания оказалась ускоренной.

Таблица 6

Степень явлений нейросатурнизма	Количество случаев в процентах																									
	Начало свертываемости								Скорость реакции осед. эр. в час																	
	2'—2'5"	3'	3'30"	4'	4'30"	5'	5'30'—6'	6'30"—8'10"	0 мм	0,5 мм	1	1,5	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	17	18	22
Тяжелые	2	2	8	15	12	18	40	3	—	4	48	4	16	8	4	—	—	—	8	4	—	—	—	—	4	—
Резко выражены	3	3	6	5	19	23	28	13	7	15	28	3	20	10	8	2	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Средне "	—	9	8	39	18	25	3	—	—	—	9	3	15	7	18	12	15	3	6	6	—	—	2	4	—	—
Слабо "	—	15	11	49	15	—	—	—	—	—	4	—	—	—	23	—	20	4	23	14	—	—	8	—	—	4
Без явлений	—	—	3	82	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	—	20	10	—	10	—	—	—	—	—	—
Средн.	1,5	5,5	10	29	16	18	16	4	3	5	25	3	16	4	14	2,5	9	2,5	7	4	—	—	2	1	1	1

Причину изменения реакций свертываемости и скорости оседания эритроцитов следует искать, повидимому, не только в нарушении равновесия коллоидной системы крови, но и в изменении цветного показателя. В этом отношении особенно демонстративна следующая таблица, показывающая отношения между цветным показателем и свертываемостью и р. о.

Таблица 7

Цветной показатель	Количество случаев в процентах																									
	Начало свертываемости								Реакция оседания эритроцитов в мм.																	
	2'—2'5"	3'	3'30"	4'	4'30"	5'	5'30"—6'	6'30"—8'10"	0	0,5	1	1,5	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	17	18	22
1.05	—	—	25	—	25	—	50	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	20	40	—	—	—	20	—	—	—
1,0—0,98	—	6	28	13	13	35	5	—	5	5	10	—	20	—	10	5	15	—	—	10		—	10	—	—	10
0,95	4	4	4	50	30	16	2	—	—	—	23	—	19	4	19	—	25	10	—	—	—	—	—	—	—	—
0,93-90	—	6	6	38	20	15	12	3	2	3	33	—	15	7	20	2	4	2	6	4	—	—	—	2	—	—
0,89—0,84	—	—	4	25	11	25	25	10	6	7	40	16	6	13	6	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—
0,80	—	—	—	—	—	50	50	—	—	40	20	—	20	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—
0,77—0.73	—	—	—	—	—	50	50	—	—	20	—	50	20	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.71—0.70	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0,69—0,65	—	—	—	—	—	—	—	100	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0,54	—	—	—	—	—	—	—	100	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Чем ниже оказывается цветной показатель, тем ниже оказываются свертываемость и тем замедленнее скорость оседания эритроцитов. Ленинградские исследования также показали параллелизм между падением вязкости и понижением гемоглобина. Причину замедления р. о. следует отнести за счет анемии свинцовых рабочих, а что анемия часто приводит к замедлению р. о., доказано Westengren'ом.

—Наши исследования крови у свинцовых рабочих показали, что почти параллельно с явлениями со стороны нервной системы идут изменения крови, при чем эти изменения не ограничиваются одной только базофильной зернистостью эритроцитов, а захватывают также и другие биофизические процессы крови. Важными признаками свинцового отравления являются понижение цветного показателя, гемоглобина, свертываемости и замедление р. о., которые значительно чаще и раньше встречаются, чем базофильная зернистость. Не без влияния в физических изменениях крови у свинцовых рабочих остается, повидимому, вегетативная нервная система. Опыты Büscher'а показали, что при симпатикотонии наблюдается ускорение р. о, а при ваготонии замедление. Эти опыты как-бы согласуются с нашими исследованиями скорости р. о. у свинцовых рабочих, поскольку достаточно доказанным являются данные о том, что в начальных периодах свинец вызывает явления симпатикотонии, а с наступлением интоксикации явления ваготонии. Р. о. в ранних стадиях давало в н. исследованиях ускорение, а при большом стаже (10—40 л.) замедление.

К явлениям поражения вегетативной нервной системы следует отнести в значительной мере и изменения кровяного давления при сатурнизме. Опыты Павленко доказали с достаточной очевидностью, что введенный в кровь свинец действует, как на центральный, так и на периферический нервный аппарат сердечно-сосудистой системы. Наши исследования показали, что кровяное давление у свинцовых рабочих находится в зависимости от степени свинцовой интоксикации и от свинцового стажа. В легких случаях и в начальных стадиях преобладает гипотония или нормальное кровяное давление, в случаях же с резкими и тяжелыми явлениями нейросатурнизма или с большим свинцовым стажем наблюдается гипертония. Эти данные совпадают с опытами Павленко, в которых свинец, в условиях острого опыта, давал падение кров. давления вследствие раздражения вагуса. Наши исследования согласуются также с исследованиями кров. давл. у ленинградских свинцовых рабочих (Л. Вассерман).

Таблица 8

Абсолютное колич. случаев	Кровяное давление Макс	Количество случаев в процентах								
		Явления нейросатурн.				Свинцовый стаж				
		Легко выражен	Средне	Резко	Тяжелые	1—5 л.	6—10 л.	10—20 л.	20—30 л	30—40 л
4	85—90 HgRR	17	2	—	—	26	—	—	—	—
12	90—100	57	2	—	—	42	10	10	—	—
32	101—120	26	54	—	10	16	30	45	17	—
10	125—130	—	15	13	5	8	10	13	—	20
13	131—140	—	19	13	10	—	25	7	30	—
14	141—150	—	8	27	35	8	15	9	23	40
12	151—160	—	—	27	30	—	10	9	30	—
6	161—175	—	—	20	10	—	—	7	—	40

Наши опыты с влиянием иода на свинцовую интоксикацию заставили нас обратить внимание на состояние щитовидной железы и в 13 случаях нами обнаружены явления базедовизма у лиц со

слабыми или средними явлениями нейросатурнизма, при чем свинцовый стаж у 9 составлял 1—10 л., а у 4 он составлял 11—15 лет. В группах с большим стажем или с резкими явлениями, мы явления базедовизма не обнаружили, хотя число лиц с зобами оказалось довольно значительное, а именно 21 человек. Ставить однакож Struma в связь с сатурнизмом, мы не имеем оснований. тем более, что в Белоруссии зоб эндемичен. Явления же базедовизма при сатурнизме заслуживают особого внимания, поскольку они с одной стороны являются выражением поражения того же вегетативного аппарата нервной системы. С другой стороны то обстоятельство, что базедовизм встречался только в ранних стадиях, дает все основания нам согласиться с предложением Чельцовой (от которой мы независимо делали исследования), что временное повышение функции является, как бы ответной реакцией на токсическое действие свинца. Возможно, что увеличение иода при гипертиреоидизме играет тут роль Entgiftungsprozess. Это как-бы до некоторой степени подтверждается и тем, что в 10 % случаев с резкими и тяжелыми явлениями нейросатурнизма, мы нашли уменьшение щитовидной железы, в случаях же со средневыраженными явлениями всего 5%, а в слабо выраженных случаях нейросатурнизма только 1,5%.

Следует отметить, что свинец не только поражает щитовидную железу, но, повидимому, и другие железы внутр. секреции не остаются без его воздействия. У 2 наборщиков с 12 и 16 летним свинцовым стажем мы обнаружили явления аддисонизма, в виде резко темной бронзовой пигментации всего тела, прогрессирующей астении, низкого кров. давл. и белого дермографизма. Отсутствие иных причинных моментов, могущих указывать на иную этиологию, заставляют нас отнести эти случаи за счет поражения надпочечников свинцом.

Разнообразное проявление сатурнизма и особенно свинцового отравления нервной системы выдвигает вопрос о том, какие моменты способствуют, во-первых, свинцовому отравлению; во-вторых, различным проявлениям его. Койранский, Таль, Гельман и др. показали, что влияние свинца на организм находится в зависимости от физического развития индивидуума. Мы считали нужным обратить внимание не только на антропометр. и морфологические показатели организма, но и на конституцию минских свинцовых рабочих. Антропометрических измерений и исследований конституции было произведено 236.

Таблица 9

Средние показатели	Наборщики		Печатники		Стереотиперы		Накладчицы и наборщицы		Маляры		Раб. израз. завода	
	всего 130 ч.		всего 47 чел.		всего 5 ч.		29 чел.		17 чел.		18 чел.	
	в Минске	в Москве	в Минске	в Москве	в Минске	в Москве	в Минске	в Москве	в Минске	в Ленинграде	вМинске	в Москве
Средний рост	162,8	164,2	163,4	162,3	169.0	165,2	150	148,6	159,1	162,3	162,4	—
" вес	60,4	60,4	64.3	61,4	70.5	61,9	56,1	56,4	67,1	59,1	61,1	—
" относит. вес	37,1	36,8	36,8	37,9	41,7	37,5	37,3	38,0	40,5	37,1	37,6	—
" окружн. груди.	86,9	87,0	88,2	88,6	9,2	89,3	84,5	82,7	90	87,2	—	—
" относ.окр.груди	53,3	53,0	52,6	54,6	54,4	54,1	56,3	56,1	56,6	53,7	—	—

Минские свинцовые рабочие, как видно из таблицы, отличаются меньшим ростом, чем московские и ленинградские свинцовые рабочие, но физически они лучше развиты, вес и окружность груди у них

выше, чем в Москве и Ленинграде. Правда, нам не следует забывать, что наши исследования относятся к 1927 г., а данные веса московских рабочих относятся к исследованиям Койранского в 1923 году, т.-е. вскоре после голода. Но и при сравнении антрометрических данных наших свинцовиков с данными Горского о физич. развитии белор. населения (Бобр. окр.), мы также должны констатировать относительное хорошее физич. развитие наших рабочих. Это подтверждает мнение Вигдорчика, что на работу со свинцом идут преимущественно люди достаточно устойчивые в смысле борьбы со свинцом. В силу профотбора на этой работе остаются также организмы достаточно стойкие, другие же не остаются на этой работе. Об этом можно судить еще и потому, что в то время, как вес наборщиков со стажем в 1—5 л. составляет в среднем 59,1 кил., у наборщиков со стажем в 6—10 л. вес составляет 62,8 кил., а в 10 30—л. 63,4 кил. Грудная клетка имеет в об'еме всего 0.8 см больше полуроста у наборщиков со стажем 1—5 л., при стаже 6—10 л. об'ем грудной клетки больше полуроста на 4,2 см. и т. д. Из этого следует и другое, что организмы слабо развитые быстрее подвергаются воздействию свинца, чем более хорошо развитые. Однакож и последние спустя некоторое время начинают терять в своей устойчивости и прежде всего это сказывается на весе свинцовых рабочих. Средний относительный вес наборщиков минских типографий составляет при стаже в 10—20 л.—38,3, при 20—30 летнем стаже—36,9, а при 30—40 летнем стаже—36,3. Особенно опасным оказывается в таком случае большой профстаж 20—30 лет. При разборе отдельных возрастных групп мы, однакож, видим также различную устойчивость в зависимости от степени физического развития и как увидим ниже и от конституции того или иного индивидуума. В общем же приходится отметить, что при более слабом физическом развитии явления нейросатурнизма выступали значительно резче. В отдельных случаях наблюдались и обратные явления, но там, повидимому, имели место иные факторы, усиливавшие восприимчивость к свинцу. Интересно отметить, что профессия накладывает также определенный отпечаток на организм наборщиков, у большинства из них нами отмечено более высокое стояние левого плеча, обусловленное работой наборщика.

Таблица 10

Наборщика	Вне зависимости от свинцового стажа		1—5 л. свинц. стажа		6—10 лет		11—30 л.	
	Все случаи за исключ. тяжелых	Тяжелые случаи нейросатурн.	Без явлений н-сатурн.	С явлением н-сатурн.	Без явл.	С явл. н-сат.	Без явлений	С явл. н-сат.
Средний рост	164,3	163,2	164	164,8	165,2	164,3	162,1	163
„ вес	62,7	60,7	59,7	54,6	66,5	63	64	61,3
„ относительный вес	38,2	37,1	36,4	33,1	39,9	38	39,5	37,6
„ окр. груди	87	84,8	87,3	83	88,5	86	85,3	84
„ относит. окр. груди	52,9	51,9	53,2	49,8	53,7	52,4	52,7	51,1

Среди наших свинцовых рабочих преобладающим типом конституции оказывается пикнический—48,3%, астенический тип составляет 40,9%, атлетический—7%, а смешанный—4,7%. С возрастанием свинцового стажа уменьшается количество лиц с астенической конституцией. Среди лиц со стажем в 1—10 л. имеется 31% пикнич. типов и

33% астенич., со стажем в 11—20 л. 39% пикн. типов и 49,5% астенич., со стажем 21—30 лет—20% пикническ. и 14% астен., а со стажем 31-40—10% пикн. и 3,5% астеников. Точно так же, как при разборе физич. состояния, мы наблюдаем и по конституции, что более слабые астенич. типы скорее выбывают из строя, чем пикнические. Пикническая конституция дает также почти в 5 раз больший % лиц без явлений нейросатурнизма (23%), чем астеническая, дающая всего лишь 5% без всяких явлений сатурнизма. При чем у лиц с пикнич. конституцией со стажем до 5 л., случаев сатурнизма нами не было вовсе отмечено, у астеников же имеется 7%. Тяжелые и резкие проявления нейросатурнизма также наблюдались преимущественно у лиц с астен. конституцией. На 100 таких больных приходится 61% астен., 29% пикнич. и 10% иных конституций. Из общего количества больных с астен. конституцией у 69% явления сатурнизма резко выражены, а среди пикников только у 34%.

Таблица № 11

Свинцовый стаж больных с явлениями нейросатурн.	Пикническ конституция	Астеническ.	Атлетическ.	Смешанная
1— 5 лет	—	7%	—	39% (1—10)
6—10 „	15,9%	24%	10%	
11—20 „	44.1%	53%	80%	54%
21—40 „	40%	16%	10%	7%

В смысле реакции на свинцовую интоксикацию теми или иными явлениями со стороны нервной системы не удается устанавливать особой разницы у разных конституционных типов, хотя некоторая, правда, небольшая разница у них отмечается. Пикнические типы давали немного больший процент поражения периферич. нервной системы (35%) и меньший процент поражения вегетативной нервной системы (53%), чем астенические типы (33% и 55%).

К числу факторов, усиливающих восприимчивость нервной системы к свинцу, следует отнести, помимо условий внешней среды и особенностей работы, в первую очередь, наследственные предрасположения, а затем моменты, ослабляющие стойкость организма и, наконец, ранний возраст приступления к работе. В наших случаях нейросатурнизма имелась алкогольная наследственность в 24%, туберкулезная в 8% и невропатическая в 16%. В случаях же без явлений сатурнизма даже при значительном стаже имелась только алкогольная наследственность в 8% и туберкулезная в 6%. Это с несомненностью показывает, что у наследственно отягощенных устойчивость организма к свинцу понижена. Еще более пониженной оказалась она у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Среди лиц с резкими явлениями со стороны нервной системы оказалось 45% пьющих систематически алкоголь, а среди тяжелых случаев 59% многопьющих. Среди же лиц без явлений сатурнизма оказалось 5% мало пьющих. В одном случае помимо алкоголизма отмечена наркомания. У большинства многопьющих наблюдались тяжелые явления периферического или энцефалопатического характера, у многих из них были отмечены эпилептиформенные припадки, а в случае с наркоманией внезапная смерть во время работы. Отмечено было также тяжелое течение нейросатурнизма в 11 случаях с перенесенными ранениями и контузиями. Тяжелые и резкие явления со стороны нервной системы наблюдались преимущественно у лиц, рано поступивших на работу. Из лиц, приступивших

к работе со свинцом в возрасте 9—10 л.—60% заболевали тяжело и не оказалось ни одного совершенно без явлений сатурнизма, в возрасте 11—12 л.—62%, в возрасте 13—14 л.—40%, в возрасте 15—18 л.— 30%. На 100 больных с тяжелыми и резкими явлениями нейросатурнизма оказались 8% начавших работу со свинцом в 9—10 л., 35% в 11—12 л., 26% в 13—14 л., 19% в 15—16 л., 10% в 17—18 л. и 2% в 20 и выше лет. В зависимости от конституционального типа резкие явления у лиц, рано приступивших к работе, наблюдались уже в первые годы работы; особенно это имело место при астенической конституции.

На основании наших исследований, мы приходим к следующим выводам:

1. Свинец является ядом, поражающим, преимущественно, нервную систему. Раньше всего поражается вегетативная нервная система, а затем периферическая и центральная нервная система.

2. К явлениям поражения вегетат. нервной системы следует отнести кефальгии, колики, потливость, Horner, изменения кров. давления, дермографизма, эозинофилию и т. п. В тяжелых случаях поражение вегетат. нервной системы приводит к Morb Raynaud.

3. Свинец имеет избирательные свойства к поражению наиболее утомляемых нервов. При поражении периферических нервов свинцом наблюдаются не только явления раздражения нервов (парестэзии, невральгии, атральгии) и двигательные парезы, но и расстройства чувствительности. Типичн. невриты встречаются редко за последн. время среди типографских рабочих, а попадаются чаще среди маляров и гончаров. Поражаются не только спинальные нервы, но и черепно-мозговые, преимущественно зрительные.

4. Центральная нервная система поражается при более продолжительном воздействии свинца и проявляется в виде эпилептоидных припадков, зрачковых расстройств и так наз. энцефалопатий.

5. Явления поражения нервной системы сопровождаются морфологическими и физико-химическими изменениями крови, причем признаками свинцовой интоксации являются не только базоф. зернистость, но и изменения окраски и кол. эритроцитов, изм. свертываемости и оседания эритроцитов.

6. Свинец поражает также эндокринную систему, из которой щитовидная железа в ранних стадиях свинцовой интоксикации реагирует явлениями гипертиреодизма.

7. Степень и срок появления нейросатурнизма зависят не только от условий и рода работы и быта, но также от физического развития и конституции лиц, занятых со свинцом. Пикническая конституция, повидимому, является более устойчивой к свинцу, чем астеническая.

8. Восприимчивость нервной системы к свинцу усиливается отягощенной наследственностью, алкоголизмом и ранним началом работы со свинцом.

9. Иод имеет профилактическое значение в борьбе с сатурнизмом.

В заключение благодарю своих товарищей по работе, особенно д-ра С. М. Афонского, принимавшего деятельное участие в диспансеризации больных.

З Мазырскай акруговай больніцы

К пытаньню аб раздражняючай тэрапіі трахаматозных язв рагавой абалонкі

Н. А. Лосеў

Лячэньне язвы рагавой абалонкі наогул прадстаўляе вялікія труднасьці, якія абумаўляюцца тым, што ўсякія парушэньні цэласьці рагавіцы вядуць да абразаваньня рубца, а значыцца, і к бязумоўнаму паніжэньню астраты зроку.

Выключнай упартасьцю ў адносінах тэрапіі адрозьніваюцца трахаматозныя язвы з аднячасовым разьвіцьцём панусa. Надзвычайна хранічная плынь аслажненьняў на рагавіцы пры трахоме часта вызывае расчараваньне ўрача к існуючым мэтадам тэрапіі і застаўляе яго шукаць новых шляхоў лячэньня.

Адным з такіх параўнальна новых мэтадаў лячэньня язв рагавіцы трэба прызнаць раздражаючую тэрапію (Reiztherapie), куды адносяць пратэінатэрапію наогул і аўтагэматэрапію ў прыватнасьці.

Аўтагэматэрапія за апошнія гады шырока прымяняецца ва ўсіх галінах мэдыцыны, пры чым у некаторых выпадках востра-інфэкцыйных хвароб аўтагэматэрапія дае вельмі добрыя вынікі: тэмпэратура адразу, амаль што крытычна, паніжаецца, агульнае становішча хворага паляпшаецца, працяг хваробы скарочваецца і г. д.

У афтальмалёгіі гэты мэтад таксама пачаў прымяняцца, галоўным чынам пры хваробах рагавой і сасудзістай абалонак.

Па назіраньням некаторых аўтараў, як, напрыклад, праф. Філатава, аўтогэматэрапія нават у выпадках хранічнага трахаматознага панусa дае добрыя вынікі.

За недахопам мейсца тут ня прыходзіцца гаварыць аб сутнасьці дзеяньня аўтагэматэрапіі і яе тэарэтычным абаснаваньні, тым больш, што гэта пытаньне да цяперашняга часу зьяўляецца яшчэ канчаткова ня вырашаным.

Мы дазволім сабе падзяліцца назіраньнем над дзеяньнем аўтагэматэрапіі і пратэінатэрапіі ў выпадках язв рагавой абалонкі.

Дзеля назіраньня быў узят матар'ял з язвамі рагавой абалонкі рознай даўнасьці і рознага характару.

Мэтад лячэньня прымяняўся звычайны, г. зн. кроў бралася ў колькасьці 5 к. с. з лакцявой вены і ўпрысквалася інтэрмускулярна праз кожныя 4 дні. Мясцова прымяняў аднатэрмінова з аўтагэматэрапіяй у 4-х выпадках (першы, другі, 7 і 8) індэфэрэнтную мазь (5% unq. xeroformii), а ў астатніх толькі стэрільны вазелін.

За ўвесь тэрмін лячэньня ня было ніводнага выпадку аслажненьня. Тэмпэратура, як правіла, больш чымся на 0,7° не павышалася.

Прымаючы пад увагу ўмовы вучастковай працы, дасьледваньне біалёгічных рэакцый ня было зроблена.

Ва ўсіх выпадках, дзе была магчымасьць зрабіць мікраскапічнае дасьледваньне мазка, альбо пасева на бульёне, знойдзен жоўты стафілёкок і толькі ў адным выпадку стрэптакок.

Увесь наш матар'ял складаўся з 22-х выпадкаў, якія былі падзелены на дзьве групы. Першая група хворых лячылася аўтакроўю, другая малаком. Гэты падзел быў зроблены з мэтай параўнаньня вынікаў лячэньня аўтагэматэрапіі і протэінатэрапіі. З другога боку матар'ял быў разьлічан з этыалёгічнага пункту погляду, так як вельмі цікава было адзначыць вынікі ў розных выпадках язвы рагавой абалонкі.

1) Чырвонаармеец 24-х гад. хварэе трахомай $2^{1}/_{2}$ гады. Цэнтральная язва рагавой абалонкі на абодвых воках: дно язвы бруднае, берагі інфільтрыраваны, сьвежа-разьвіты панус. Лячыўся на працягу 6-ці тыдняў бяз посьпеху ў рабочай і клінічнай амбуляторыях. Часта пакутвае праявамі эксудатыўнага дыатэзу. У дзяцінстве хварэў залатухай. 20-га сакавіка 1927 году хвораму было зроблена першае ўпрыскваньне крыві. Праз 4 гадзіны t° 37,5°.

На другі дзень узмацненьне ачаговай рэакцыі. Праз два дні невялікае суб'ектыўнае палепшаньне. У далейшым пасьля кожнага ўпрыскваньня ачаговая рэакцыя паўтаралася. 4-га красавіка інфільтрат у рагавіцы пачаў рассасывацца. 15-га красавіка язва пакрылася эпітэліем, панус стаў значна радзей і visus з разьлічэньня рукі каля твару падняўся да 0,3.

2) Група хворых у 4 асобы з трахомай. Ва ўсіх чатырох гнойная язва рагавой абалонкі з значнай інфільтрацыяй рагавіцы. Панус разьвіты нязначна. Успрыскваньне крыві рабілася таксама на працягу месяца.

Ужо пасьля трэцяга ўпрыскваньня запаліцельны працэс на рагавіцы значна стаў слабець. Праз тры тыдні ад пачатку аўтагэматэрапіі язвы добра зажывалі, панус прыняў адваротнае разьвіцьцё. У канцы месяца visus у першых двух хворых падняўся з 0,09 да 0,5; у трэцяга з 0,1 да 0,7 і ў апошняга з 0,03 да 0,4.

3) Наступныя хворыя ў колькасьці 6-ці асоб мелі надта разьвіты панус з язвамі рагавіцы. Хварэлі трахомай ад 5 да 8 год. Язвы рагавіцы рэцыдывіравалі некалькі разоў у год. Кан'юнктыва рубцова зьменена. Храшч значна таўсьцей нармальнага. Аўтагэматэрапія вялася на працягу месяца. У канцы першага тыдня заўважана памяншэньне раздражэньня і язвы быццам-бы пачалі загойвацца, але ў далейшым працэс пачаў ізноў прагрэсыраваць. Праз месяц аўтагэматэрапія пакінута.

4) Адначасова з лячэньнем язв трахомы мы праводзілі назіраньне над дзеяньнем аўтагэматэрапіі ў выпадках язвы рагавіцы пасьля траўмы і ажога.

Язвы былі глыбокія з вялікай інфільтрацыяй акаляючай тканіны, у пярэдняй каморцы—гной (Hypopyon). У абодвых выпадках кроў упрысквалася толькі 4 разы па 5 к. с. Паляпшэньні ў плыні працэса наступіла вельмі хутка (праз 6 дзён), між тым, як дагэтуль мясцовае лячэньне не давала ніякага посьпеху на працягу трох тыдняў. У далейшым язвы зажывалі і інфільтрат разыходзіўся так хутка, што працэс закончыўся разьвіцьцём параўнальна лёгкага рубца. Visus у хворага з ажогам к моманту выпіскі з бальніцы раўняўся 0,4. Visus у хворага з траўмай — 0,3.

5) Раўналежна з аўтагэматэрапіяй у чатырох выпадках вялося назіраньне над протэінатэрапіяй, дзеля гэтай мэты былі абраны хворыя з ідэнтычнымі язвамі рагавіцы.

Хворыя—сяляне, пакутваюць трахомай па 3-4 гады. Кон'юнктыва храшча рубцова перараджана. Храшч гіпертрафіраваны. У рагавіцы вельмі разьвіты панус. Лячэньне звычайнымі сродкамі не давала ніякай карысьці. Ін'екцыя малака рабілася па 5 к. с. праз кожныя чатыры дні.

Агульная рэакцыя была нязначная: павышэньне тэмпэратуры на 0,5—1,0. Мясцовая рэакцыя вока заўсёды была даволі значная: гіперэмія кон'юктывы, сьветабаязьнь і г. д. узмацняліся. У канцы першага тыдня ў аднаго хворага рэзка паменшыліся болі і сьветабаязьнь. Дно язвы стала больш гладкім, краявы інфільтрат разышоўся. Праз $1^1/_2$ тыдня язва зажыла, але панус застаўся.

У трох астатніх выпадках атрымалася вельмі невялікае паляпшэньне ў плыні ўсяго працэса. Усяго было зроблена 11 упрыскваньняў. У далейшым працэс рагавой абалонкі рабіўся то вастрэйшым, то заціхаў, і дасягнуць якога небудзь выніку было немагчыма.

Вывучаючы матар'ял вышэйпаказаных назіраньняў неабходна адзначыць, што ў выпадках сасочкавай трахомы (Trachoma II) язвы рагавіцы пры аўтагэмотэрапіі, хутка зажываюць, панус таксама прымаў рэгрэсыўны характар. Такі самы тэрапэўтычны эфэкт атрымаўся пры лячэньні, як траўматычнай, так і пасьля ажога язв. Пры рубцовай-жа трахоме, хаця і з невялікім утаўшчэньнем храшча, аўтагэматэрапія, як і протэінатэрапія—ня маюць посьпеху.

Прычынай адмоўнага выніку пры аўтагэматэрапіі ў апошніх выпадках, трэба думаць, зьяўляюцца грубыя анатомічныя зьмены ў сьлізістай абалонцы кон'юктывы і ў храшчы.

Мэханічнае цярцё рагавіцы рубцова-зьмянёным і крывым храшчом так моцна, што досыць невялікага нарушэньня цэласьці эпітэліяльнага пласта рагавіцы дзеля таго, каб вызваць працэс запаленьня і разьвіцьцё язвы. Мэханічнае раздражэньне зьмянёнай рагавіцы рэфлекторна вызывае спазматычнае скарачэньне арбікулярнай цягліцы, а спазм сфінктараў у сваю чаргу памацняе ціск на агалёныя канчаткі пачуцьцёвых нэрваў, што ў сваю чаргу вядзе да памацненьня блефараспазму. Такім чынам тут выходзіць circulus vitiosus.

Значыцца, аўтагэматэрапія бясьсільна там, дзе ёсьць мэханічнае цярцё язвы рубцова зьмянёным храшчом. Што гэта так, што гэта зьяўляецца прычынай прагрэса язвы, відаць з трох выпадкаў, дзе нам удалося падшываньнем верхняга века адхіліць цярцё і дабіцца хуткага зажываньня язвы.

І-шы выпадак. Хворы Н. 35 год. Трахома III. Яскрава выяўленыя рубцы. У цэнтры рагавой абалонкі былагнойная язва. Звычайная тэрапія і аўтогэмотэрапія не маглі спыніць працэсу на працягу $1^1/_2$ м-ца. Тады я фіксыраваў верхняе века, лёгка падцягнуўшы яго над вочным яблыкам. У кан'юнктывальны мяшок закладваў 5% ксер. мазь. Праз 5 дзён інфільтрат пачаў разыходзіцца, прагрэсыраваньне язвы спынілася. У канцы першага тыдня востры характар працэса заціх, што дало магчымасьць перайсьці да звычайных мэтадаў лячэньня бяз фіксацыі века.

У другім выпадку язва рагавіцы на грунце Herpes Zoster corneae. Надзвычайная хворая чуласьць рагавіцы. Мацнейшы блефараспазм. Павярхоавая язва бязупынна рухалася ад верхняга лімбу да ніжняга, а потым у адваротным напрамку, але ўжо ў больш глыбокіх пластох.

На працягу 7-мі тыдняў хворы ня мог найсьці сабе супакою. Пасьля 6-ці дзённага фіксіраваньня верхняга века нам удалося дабіцца поўнай эпітэлізацыі язвы і выздараўленьня хворага. Трэці хворы меў Herpes Simplex (labial, nasale і corneae) рагавой абалонкі, лячыўся ў

раённай больніцы 8 дзён бяз посьпеху. Дзьве трэці рагавіцы было захоплена язвай. Уся цэнтральная частка рагавіцы была вельмі густа інфільтравана. Дно язвы бруднае з кускамі мёртвай тканіны. Наогул рагавіца казалася ўсьцяж гнойнай. Значны Нуроруоп. Першыя два дні працэс пагоршываў, ня гледзячы на мясцовую тэрапію (Atropin, цяпло, ung. airoqi). 20 сакавіка верхняе века было фіксіравана на пяць дзён. Ужо на другі дзень болі прашлі, Нуроруоп разышоўся, а на трэці дзень можна было бачыць радужную абалонку. На шосты дзень язва эпітэлізавалася і хворы шчытаў пальцы на 1 мэтр. Раней было толькі сьветапачуцьцё.

На падставе гэтых трох выпадкаў ужо можна думаць, што мэханічнае цярцё, асабліва ў выпадках рубцова зьмянёнай кан'юктывы, мае выключнае значэньне на разьвіцьцё язв рагавой абалонкі і на іх лячэньне.

Фіксацыю века рабіў такім чынам. Лігатуру праводзіў пад арбікулярную мышцу і канцы фіксаваў к шкуры лбу.

Не разьбіраючы пытаньня аб сутнасьці дзеяньня аўтагэматэрапіі ўсё-ж такі на падставе нашых маталікавых назіраньняў можна зрабіць некаторыя эмпірычныя вынікі.

1. Аўтагэматэрапія язв рагавіцы ў выпадках, дзе маюцца рубцовыя зьмены ў кан'юнктыве і ў храшчы, не дае станоўчых вынікаў.

2. Аўтагэматэрапія пры востра працякаючых язвах рагавіцы, бяз рубцовых зьмен у кан'юнктыве і храшча, у некаторых выпадках даволі хутка затрымоўвае разьвіцьцё працэсу і скарочвае пэрыяд лячэньня.

3. Дзеяньне пратэінатэрапіі пры язвах рагавіцы аналёгічна дзеяньню аўтагэматэрапіі.

4. Пры язвах рагавой абалонкі, дзе маецца рэфлекторны блефараспазм і вялікія рубцовыя зьмены ў кон'юнктыве, вельмі карысна падшываць верхняе века, што дае магчымасьць абыйсьці мэханічнае раздражэньне язвы і тым самым скарочваць працэс лячэньня.

Из Полоцкого Окружного Туберкулезного Диспансера БССР

(Заведывающий—Г. Л. Зеликин)

Реакция Costa при туберкулезе

(Предварительное сообщение)

И. Л. Бугаков

Серологическими пробами при туберкулезе легких заинтересовались с тех пор, когда стало ясным, что одними только физическими методами исследования и рентгеноскопией мы не можем иметь точного суждения об активности или инактивности туберкулезного процесса. В особенности такие серобиологические реакции стали еще ценнее, когда ими стали пользоваться не столько с целью диагностической, сколько с целью контроля ценности и положительности результатов применяемой той или иной активной терапии туберкулеза, как пневматоракс, туберкулин, кальций, когда результаты лечения зачастую дают столь поразительные улучшения.

За последние годы мы имеем достаточное количество материала по вопросу о различных серологических реакциях, как в общей, так и специальной русской медицинской прессе. Мы достаточно познакомились с сущностью и техникой Р. О. Э., реакциями Darany, Matéfi, Sachs'a и др.

И не успели мы еще подвести итоги ценности большинства этих реакций, в особенности новых, предложенных не так уж давно, как мы уже имеем еще одну новую серобиологическую реакцию, предложенную итальянцем Costa.

В чем сущность всех предложенных серологических реакций, в том числе и реакции Costa? Реакции эти основаны, гл. обр., на изменении соотношения двух главнейших белковых фракций крови-альбуминов и глобулинов при тех заболеваниях, которые сопровождаются интоксикацией и усиленным распадом тканевых элементов, как туберкулез, сифилис, новообразования и т. п. Грубо-дисперсные глобулины выпадают в коллоидно-инстабильной сыворотке крови таких больных за счет альбуминов.

Впервые мне удалось познакомиться с реакцией Costa из работы Шварца и Рубинштейна из Ялтинского Тубинститута (Вр. дело № 23-24, 1926 г., стр. 1876). Насколько мне известно, описание этой реакции в русской литературе произведено впервые указанными авторами и по сообщению последних немногочисленные отзывы о ней встречаются только в Итальянской литературе (Vercelli, Bagliani, Corsonello).

Заинтересовавшись указанной реакцией, я и решил испытать ее на амбулаторных больных нашего туберкулезного диспансера совершенно об'ективно, не подбирая определенного кадра больных, а производя ее при всяком удобном случае. Несколько слов о технике реакции.

2% раствор новокаина, приготовленный на физиологическом растворе во избежание гемолиза, 5% раствор N. Citrici, чистый формалин —вот все необходимые реактивы. Кровь из пальца берется уколом Франковской иглы. В центрифужные пробирки предварительно мною набирался указанный раствор новокаина в количестве 1½ куб. сант., куда накапывался 5% раствор N. Citrici в количестве 3-х капель; для экономии времени (вся работа проводилась мною во время обыденного приема) приготовлялся таким образом штатив пробирок под номерами от 6 до 10 штук и затем в процессе работы набирался сендиментатор Панченкова кровью до 100, которая и опускалась в пробирку (мною точно проводилась техника, модифицированная Шварцем и Рубинштейном). Пробирки затем несколько раз осторожно встряхивались и оставлялись до конца работы в вертикальном положении. Затем пробирки равномерно центрифугировались от 5 до 7 минут и ставились на место в штатив. Далее в каждую пробирку осторожно опускалась одна капля чистого формалина и только теперь начиналось наблюдение за ходом реакции.

1. Резко положительной считалась реакция при появлении облачка-кольца в первые 5 минут и обозначалось (+++).

2. Положительной—при появлении облачка-кольца от 5 до 10 минут и обозначалась (++).

3. Слабо положительной—от 10 до 15 минут и обозначалось (+).

После 15 минут появление облачка-кольца не принималось в расчет, однако если таковое все-же появлялось довольно скоро после прекращения наблюдения—я старался такому больному реакцию проверить вторично.

Особенно подчеркиваю на тщательное опускание одной капли формалина в пробирку. Эта манипуляция должна производиться очень осторожно, над самой поверхностью новокаина, так как мною было замечено, что грубое, неосторожное накапывание формалина в пробирку с высоты не дает красивого облачка в виде кольца и при положительной реакции в пробирке получается сплошной туман, что не столь ценно для оценки данной реакции. Даже на моем небольшом материале ясно было видно, что облачки-кольца, появляющиеся даже в одно и то же время, напр. в 5-7 минут в различных пробирках (в особенности при реакции Costa равной 3 плюсам)—не всегда одинаковой толщины (высоты). Некоторые появлялись постепенно, медленно увеличиваясь в толщине, другие, быстро прогрессируя, занимали уже в первые 5-10 минут значительную часть дна пробирки. Таким образом к концу наблюдения за всем штативом (6-10 пробирок) ясно было видно, что часть пробирок хотя и давала одинаковое количество плюсов (гл. обр. три плюса) не могла оцениваться равноценно в отношении толщины (resp. высоты) облачка-кольца. Причем, чем облачко-кольцо было шире, грубее, тем и физическими методами и рентгеноскопией обнаруживались большие изменения в легких, тем более выраженна была суб или декомпенсация ТБК процесса. В период данного предварительного наблюдения я не имел возможности подробно остановиться на указанном, подмеченном мною факте, однако à priori считаю его несомненно важным, могущим дать ценные указания. Посему я еще раз подчеркиваю на необходимость тщательного опускания капли формалина в пробирки, в целях получения облачка-кольца (а не тумана) для более точной оценки полученных результатов.

Перехожу теперь к данным, полученным на нашем материале.

Всего мною было обследовано 86 больных, которым было произведено 108 реакций. Некоторым больным реакция производилась 2-3

раза (в указанное количество реакции не входят реакции, произведенные на нетуберкулезных).

Из указанного количества больных—29 бациллоносителей; восемь с наложением искусственного пневматоракса (к сожалению, почти все пневматораксные больные повторные).

При оценке результатов я пользовался обще-принятой применяемой в диспансерной практике классификацией.

Таблица 1

Формы ТБК	—	+	++	+++
AI	4	2	0	0
AII	11	3	1	1
AIII	5	4	2	3

Из указанной таблицы мы видим, что из 36 реакций у туберкулезных больных, находящихся в периоде компенсации, мы имеем 20 реакций отрицательных и 16 положительных, при чем последние с возрастанием протяженности анатомического процесса дают больший % положительных данных и большее количество плюсов. AI дает нам только две слабо положительные реакции, ни одной положительной тем паче резко положительной реакции, AII дает 3 слабо положительные, одну положительную и одну резко положительную реакцию, AIII—4 слабо положительные, 2 положительные и 3 резко положительные.

Таблица 2

Формы ТБК	—	+	++	+++
BI	5	4	1	0
BII	14	6	3	3
BIII	1	1	6	17

Из 61 реакции у ТБК больных, находящихся в периоде субкомпенсации, только 20 дают отрицательную реакцию Costa, 11 слабо положительную, 10 положительную и 20 резко-положительную реакцию. BI дает нам пять отрицательных реакций, 4 слабо-положительные, 1—положительную и ни одной резко-положительной. BII—14 отрицательных, 6 слабо-положительных, 3—положительные и 3—резко-положительные и уже BIII—только одну отрицательную, одну слабо-положительную, 6 положительных и 17 резко-положительных. Больные с CI и CII нами не были обследованы в виду крайней редкости таких туберкулезных форм.

Таблица 3

Формы ТБК	—	+	++	+++
CIII	0	1	1	6

Наконец, больные, находящиеся в периоде декомпенсации (CIII), не дали ни одной отрицательной реакции, 1 слабо-положительную, одну положительную и 6 резко-положительных. Мы видим таким образом, что с возрастанием анатомической протяженности и увеличения интоксикации ТБК процесса, ergo перехода компенсации в субкомпенсацию, а последней в декомпенсацию—увеличивается количество положительных результатов реакции Costa и уменьшается, падая почти до нуля, количество отрицательных реакций.

Мною было проверено в 24 случаях соотношения реакции Costa и Р. О. Э., как наиболее укрепившейся и дающей наиболее утешительные результаты в диагностическом и прогностическом отношениях. Р. О. Э. производилась мною по Linsenmeyer'у.

Таблица 4

Р. О. Э.	—	+	++	+++
до 30 м.	0	0	1	8
до 60 м.	1	3	1	2
до 125 м.	0	0	1	1
до 200 м.	1	1	0	0
до 250 м.	1	0	0	0
до 300 м.	2	1	0	0

Из соотношения реакции Costa и Р. О. Э. мы видим, что оседание эритроцитов до 60 минут, считающееся наиболее ускоренным, дает нам параллельно большее количество положительных реакций Costa до 3-х плюсов; мы видим, что Р. О. Э. до 30 минут дает нам 8 резко-положительных реакций Costa, Р. О. Э. до 60 минут 2—резко-положительные реакции Costa, Р. О. Э. до 125 минут одну—резко-положительную реакцию Costa и уже свыше 125 минут Р. О. Э. мы не имеем ни одной положительной реакции Costa и лишь 2 слабо-положительные реакции. Таким образом параллелизм означенных серологических реакций на лицо. Из обследованных бацилло-выделителей, резко-положительных реакций было 17, положительных—5, слабо-положительных—4, отрицательных—5, как мы это видим из таблицы 5.

Таблица 5

—	+	++	+++
5	4	5	17

Мне кажется, что нельзя все же поставить в связь положительность реакции Costa с бацилло-выделением, а правильнее будет понимание этого параллелизма в том смысле, что бацилло-выделители чаще больные более тяжелые, с анатомическим и функциональным процессом.

Таблица 6

Температура	—	+	++	+++
Нормальная	19	13	3	7
Субфебрильн.	19	7	6	15
Лихорадочная	0	2	3	6

Температура не влияет на течение реакции Costa, что мы и видим из приведенной 6 таблицы: и нормальная и субфебрильная температуры дают одинаковое количество отрицательных реакций; количество слабо-положительных реакций даже вдвое больше при нормальной температуре нежели при субфебрильной, и при нормальной температуре мы имеем резко положительные реакции. Однако нельзя не отметить и того, что уже количество положительных и резко-положительных реакций при субфебрильной и лихорадочной температурах почти вдвое больше нежели при нормальной. Совершенно ясно, что лихорадочные температуры мы имеем у преимущественно тяжелых больных и, следовательно, нельзя поставить связи параллелизма положительных реакций Costa с температурой. Несомненную роль тут играет анатомический процесс и компенсация его. Наоборот, я считаю большим плюсом для реакции Costa именно то, что при нормальной температуре больше 5%—реакция бывает положительной. Это значит, что, когда температурные реакции нам еще ни о чем не говорят, реакция Costa нам говорит: „будь на чеку!" Конечно, это нам покажут наши и подобные другие дальнейшие наблюдения, ибо, наблюдая больных в дальнейшем, мы сумеем сказать, о чем нам говорила положительная реакция Costa при нормальной температуре и настоящей „будто-бы" компенсации процесса. Некоторые больные, проводимые нами кальцио-терапией, проверялись реакцией Costa до лечения и после 10 вливаний 10% раствора хлористого кальция. Каких-нибудь изменений реакции Costa в данном случае отметить нельзя. Правда, и со стороны физических методов исследования тоже изменения не отмечались. То же можно сказать о температуре и проч.

Туберкулиновые пробы тоже не давали параллелизма с реакцией Costa: так, резко-положительные реакции Costa ми имели при отрицательных туберкулиновых реакциях, наоборот при положительных туберкулиновых реакциях—отрицательные реакции Costa. Здесь можно было-бы различать положительную и отрицательную аллергию и анергию, но я на этом намеренно не останавливаюсь, т. к. это представляет совершенно отдельную тему для разработки интересующего нас вопроса.

Несколько подробнее придется остановиться на реакции Costa, испытанной на больных, леченных искусственным пневматораксом. Таких больных, находившихся под моим наблюдением в период данной работы—было восемь. Я тут еще раз подчеркиваю, что, к сожалению, первичных пневматораксов в данное время под моим наблюдением не было и, следовательно, я не мог проверить изменения реакции Costa под влиянием данной активной терапии. Все же некоторые ценные результаты и тут мне удалось получить, применяя реакцию Costa. И тут мною несколько раз производилась параллельно РОЭ.

Больной И-в. Правосторонний искусственный пневматоракс. Реакция Costa произведена на 9-ом вдувании. Дает отрицательный резуль-

тат. Легкое хорошо сдавливается: температура нормальная, самочувствие хорошее. Далее, несмотря на хорошее сдавление легкого, нормальную температуру, жалобы на неприятные ощущения в здоровом легком, реакция Costa дает *три плюса*. Аускультативно обнаруживается обострение „в здоровом" легком. Дальнейшее вдувание откладывается на 10-12 дней сверх обыденного срока. Реакция Costa дает уже слабо-положительную реакцию. Пневматоракс дальше продолжается попрежнему. Сейчас самочувствие хорошее; боли в здоровом легком не ощущает; аускультативно без резких уклонений.

То же можно сказать и о больной Г-о, у которой после 11 инсуффляции, а у больного М-о после 20 при обострении процесса в другом легком реакция Costa дает 3 плюса.

. Наоборот больной Б в, пользующийся пневматораксом в течение двух лет при полной компенсации процесса и работоспособности, дает отрицательную реакцию Costa.

Больная С-ма, прекращающая лечение пневматораксом после 4-х вдуваний по своему желанию в виду прекрасного самочувствия, при хорошем сдавлении легкого—дает даже отрицательную реакцию.

Наоборот, больная С-а после 4-го вдувания дает реакцию Costa в два плюса, после седьмого вдувания—три плюса. Рентгеноскопически: легкое почти не сдавлено. Следовательно источник интоксикации на лицо, о чем ясно и говорит нам реакция Costa.

Нельзя скрыть того парадоксального расхождения реакции Costa и РОЭ у той же больной С-ой. В то время как до лечения пневматораксом РОЭ была у нее 37 минут, после дальнейших вдуваний она замедляется до 116 минут и даже 180 минут, между тем реакция Costa резко положительная. Дальнейшие наблюдения покажут, какая из этих реакций оказалась правой. Сейчас я счел нужным этот факт отметить, ибо хотя такие расхождения весьма редки, как это показывают и мои небольшие наблюдения, однако раз это так, на это следует обратить внимание.

(Уже после подведения итогов для данного сообщения мною была произведена РОЭ у больной, у которой реакция Costa, давшая три плюса, давала расхождение с РОЭ равной 200 минутам. В настоящее время и РОЭ равняется 65 минутам; физическими методами исследования и рентгеноскопией обнаружено прогрессирование процесса. Следовательно реакция Costa, давшая раньше три плюса, на много опередила РОЭ (бывш. 200 мин.), оказавшись к тому же более правой).

Таким образом мы видим, что в процессе применения активного терапевтического вмешательства при ТБК легких, каковым и является искусственный пневматоракс, реакция Costa играет не маловажное значение и раньше температуры и несколько раньше физикальных явлений заставляет нас подумать о тех или иных переменах в „здоровом" или больном легком.

Несколько случаев ТБК легких, осложненных ТБК гортани, давали положительную и резко-положительную реакции. Об этом упоминают в своей работе Шварц и Рубинштейн именно в том смысле, что специфический процесс гортани всегда увеличивает количество плюсов реакции Costa, чем и заставляет нас обратить внимание, в отличие от неспецифического процесса, дающего отрицательную реакцию Costa. Не имея под руками соответствующего материала и проверив реакцию Costa при tbc laryngis лишь в единичных случаях,—я воздерживаюсь от каких бы то ни было заключений, несмотря на совпадение результатов со Шварцем и Рубинштейном.

Несколько слов о плевритах и течении реакции Costa при них. Сухие плевриты не давали резких отклонений от обычно-ожидаемого результата реакции Costa. То же можно сказать и об эксудативных плевритах, сравнивая результаты с РОЭ. Мною и вторым ординатором Диспансера (д-р. Бенсман) было неоднократно замечено, что уже небольшой выпот в полости плевры или более или менее значительные фибринозные отложения на ней—независимо от деструктивного процесса в легких давали замедления (зачастую довольно резкие) РОЭ. Этого я не могу сказать о реакции Costa, которая в нескольких случаях эксудативного и слипчивого плевритов дала резко-положительный результат при соответствующем процессе в легких. (В III, А II.)

Мною произведено небольшое количество наблюдений на зависимость течения реакции Costa у здоровых, беременных (в первую и последнюю половину беременности) и в менструальный период. Здоровые, т. е. такие которые не имели никаких жалоб в течение последних лет и при физикальном обследовании не обнаруживали резких уклонений от нормы ни со стороны легких, ни со стороны сердца—ни разу не давали даже слабо положительной реакции. Беременные в первые 8 недель беременности также не давали положительной реакции, при условии если были здоровы. Одна реакция Costa—давшая у одной беременной в указанный период беременности два плюса—заставила обратить внимание на процесс легких. Больная действительно по обследовании в Диспансере оказалась одержимой ТБК верхней доли правого легкого с небольшим обострением. Беременные во второй половине беременности давали резко-положительную реакцию Costa, что вполне и понятно. Да ведь именно беременным мы обязаны разработкой всех почти серологических реакций, применяемых нами ныне при ТБК и других отделах внутренней медицины. Впервые и Costa испытывал свою реакцию тоже на беременных.

Менструальный период не влияет на реакцию Costa, о чем говорит и мой небольшой материал. Там, где â priori можно было ожидать отрицательную реакцию Costa—менструация не меняла хода реакции.

Отмечу случай ТБК легких (двусторонний, верхушечный) при субфебрильной температуре, комбинированный эндокардитом в периоде компенсации. Реакция Costa тут дважды дала отрицательный результат. Субфебрильная температура вполне может быть об'яснена эндокардитом и, следовательно, дважды отрицательная реакция Costa, подтверждающая, что в легких спокойно, подтверждает и нашу мысль о субфебрильной температуре, источником коей и является эндокардит. Действительно, больная больше сердечная, нежели туберкулезная. Центр нашего внимания—сердце. Соответствующий режим для сердца, диэта и небольшая фармацевтическая помощь—температура дает меньшие колебания. В легких все попрежнему.

Заканчивая свое краткое, предварительное сообщение, я прежде всего не претендую на те или иные окончательные выводы, тем паче в цифровых %% отношениях. Мне хочется только отметить, что предлагаемая новая серобиологическая проба Costa, несомненно, является во многих случаях ценной, не уступающей другим подобным реакциям в том числе и РОЭ. Последняя, несомненно, уже многими оцененная имеет те недостатки, что, во-первых, не дает нам резких границ нормы и патологии и во 2) больше чем другие серобиологические реакции зависима от различных мельчайших факторов часто неустранимых и несомненно влияющих на ход реакции независимо от ТБК процесса. Кроме всего, реакция Costa имеет то преимущество пред всеми дру-

гими серобиологическими реакциями, что результаты ее нам видны уже через 15 минут, чего до сих пор не давала нам ни одна реакция. (один из плюсов ставившихся реакции Матефи то, что результат реакции виден через $1^1/_2$—2 часа!).

При некотором навыке, и упомянутом в начале приготовлении штатива с пробирками и проч. она (реакция Costa) является весьма ценной именно *в диспансерной работе*, когда во время обыденного приема больных, зачастую довольно большого, не в ущерб ему, а наоборот для пользы дела, можно самому без помощника производить эту реакцию.

Что касается результатов реакции и некоторых будто-бы разногласий с туберкулезным процессом (как например при В, 11—14 отрицательн. реакций), то здесь можно только указать на нашу классификацию, которая зачастую ставит нас в тупик. Всякому знакомому с данной классификацией хорошо известно, что не все В II одинакового протяжения и одинаково равноценны. Для дифференциации нужны дополнения к классификации, принятой 2 Туб'сездом, а также и указания на односторонность или обостренность процесса. Не желая загружать таблиц многоэтажными терминами, я счел возможным не в ущерб оценке ценности реакции Costa пользоваться только обязательной частью нашей классификации. Думаю, что данные, которые я сообщил от этого не проиграли.

К сожалению, за отсутствием времени я не мог испытать этой реакции на венериках и прочих хронических и острых заболеваниях.

Выводы

1) Реакция Costa, так же, как и все прочие серобиологические реакции неспецифична для туберкулеза.

2) При соответствующей правильной технике она дает в большинстве случаев надежный ответ на пред'являемые требования.

3) При повторных наблюдениях реакция Costa является ценным звеном в цепи прочих лабораторных и клинических методов исследования.

4) При оценке результатов данной реакции следует обращать внимание не только на количество плюсов, но в дополнение к ним и на толщину (высоту) облачка-кольца.

5) В диспансерной работе она является весьма приемлемой и ценной как наиболее простая и дающая ответ в течение 15 минут.

6) Для более точной и окончательной оценки данной реакции необходима дальнейшая проверка ее на большом диспансерном и клиническом материале.

Означенное сообщение было готово летом 1927 г. и до сих пор не помещалось в печать по техническим, независящим от автора, обстоятельствам.

До сего времени, проверяемая мною R. Kosta на абм. диспансерном материале и работы Кащено (ВТ. за 1927 № 5) и Рубинштейна и Шварца (ВТ за 1928 № 4)— вполне подтверждают изложенные выше данные.

Автор.

Из ортопедической амбулатории НКЗ БССР

(Завед. доцент БГУ М. Н. Шапиро)

К вопросу об ostitis fibrosa

Б. Н. Цыпкин

В юбилейном сборнике, выпущенном ассистентами Вирхова в честь 70-летия со дня его рождения, Recklinghausen впервые в 1891 г. описал новое костное заболевание, дав ему название: ostitis fibrosa; при этом заболевании, пишет Recklinghausen, с кистозными образованиями, с единичными и множественными гигантоклеточными образованиями, костный мозг претерпевает фиброзное превращение, беднеет клеточными элементами и делается богатым соединительной тканью. Часто находятся одновременно кровоизлияния в костном мозгу, более позднего или раннего происхождения; эти кровоизлияния часто превращаются в маленькие или большие кисты. Гигантоклеточные образования типа эпулид имеют бурый цвет благодаря наличию в них пигмента гемосидерина (Braune Tumoren) Весьма близко к ostitis fibrosa, описанному Recklinghausen'ом, находится другое костное заболевание, описанное Sir James Paget.

Заболевание Paget'a поражает, большею частью, пожилых лиц (50-60 лет); излюбленная локализация—череп; наблюдаются искривления конечностей, кифо-сколиоз и изменения со стороны таза.

По вопросу о связи между генерализованным и местным о. f. существуют разногласия Christeller, делавший программный доклад в 1926 году об о. f на с'езде немецких патологов, утверждает, что генерализованные формы о f. далеко не редки и что многие местные формы о. f. принимаются за локализированные о. f. только потому, что не достаточно исследуется весь скелет.

Christeller считает, что большинство моностических форм, которые описаны хирургами, не доказательны.

Не только в патолого-анатомич. литературе, но и в хирургической описаны случаи, когда локализиров. формы о. f. через один или два года оказывались генерализованными.

Все же мы считаем нужным отметить, что случаи генерализованного фиброзного остита единичны, а случаи местного о. f. публикуются все чаще и чаще. Маркс в 1927 году опубликовал работу об о. f. localisata, где он собрал около ста случаев этого заболевания. Конечно, следует обратить внимание на мнение Christeller'a и в каждом случае местного о. f. исследовать весь остальной скелет; время от времени надлежит осматривать б-го, не появятся ли у него признаки генерализованного о. f. Вопрос о патогенезе о. f. является спорным и по сие время. Recklinghausen считал, что в основе заболевания лежит разрастание соединительной ткани в результате какого то индуративного хронического воспаления; все-же остальные изменения являются вторичными.

В настоящее время существуют два основных направления; одни (Lobarsch, Pommer, Konjetzny, Lang и Looser) утверждают, что при n. f. мы имеем дело не с самостоятельным заболеванием скелета. Так Lang исследовал несколько случаев остеомаляции и рахита, причем этот автор нашел изменения микроскопические, весьма напоминавшие o. f. Недавно появилась работа из Патолого-Анатомического Института Gruber'a, где авторы (Warsch и Oberhammer) пытаются доказать, что o. f. не есть самостоятельное заболевание скелета. Они исследовали случай подагры talus'a и нашли в нем гистологические изменения близкие к o. f.: внутри маленьких костномозговых пространств имеется рыхлая волокнистая соединительная ткань с веретенообразными клетками. Сосуды расширены; имеется новообразование остеоидной ткани; около этих мест усиленного строительства (Anbau) имеются также явления рассасывания кости; многочисленные остеокласты, внедряясь в костную ткань, разрушают последнюю.

Изображенная только что микроскопическая картина напоминает o. f., как фиброзными изменениями костного мозга, так и явлениями перестройки костной ткани. Просматривая литературу этого вопроса, мы не можем не отметить, что ни при рахите, ни при остеомаляции и ни при подагре не были описаны кисты и гиганто-клеточные образования, столь характерные для o. f Что общего между рахитом и остеомаляцией с одной стороны и o. f. —с другой?

Детский рахит, rachitis tarda и остеомаляцию Bauer относит к одной группе костных заболеваний и называет их общим именем: „Kalziprive Osteopatie". В основе всех этих трех заболеваний лежит один общий патологический процесс. Вся новообразованная костная ткань или совсем лишена кальция или очень бедна последним. Разница между этими тремя заболеваниями в клиническом и патологоанатомич. отношении зависит только от интенсивности процесса в различные годы жизни. При всех этих трех заболеваниях новообразование костной ткани задерживается, образуется остеоидная ткань, не содержащая вовсе или очень мало извести; явления же разрушения костной ткани (Knochenabbau) протекают нормально. При o. f. происходит не только нарушение в смысле (Anbau) новообразования костной ткани, но, что самое главное, происходит резкое нарушение в смысле (Anbau) рассасывания старой костной ткани.

Таким образом ни при рахите, ни при остеомаляции, мы не имеем такого резко выраженного лакунарного рассасывания, как при o. f. Известно, что костное вещество разрушается или путем лакунарной резорбции или путем халистиреза. При лакунарной резорбции появляются маленькие углубления в кости, так наз. Гаушиповы лакуны; эти лакуны выполнены многоядерными клетками—остеокластами. Нужно отметить, что происходящая физиологически в кости постоянная резорбция происходит также по типу лакунарной резорбции. Рассасывание костного вещества происходит также путем халистереза, как было упомянуто выше, т. е. путем всасывания извести, при этом структура костной ткани в противоположность лакунарной резорбции сохраняется. Некоторые авторы полагали, что при o. f. резорбция костной ткани происходит отчасти путем халистереза. Выше мы привели взгляд на o. f., не как на самостоятельное костное заболевание. Считаем нужным отметить другой, противоположный взгляд, утверждающий, что o. f. есть своеобразное, вполне самостоятельное заболевание.

Сторонниками этого мнения являются Christeller, Stenholm, Schmorl и Абрикосов. Последний утверждает, что процесс начинается с

дегенеративных явлений в кости; в костном веществе образуются сетевидные фигуры—фигуры решеток; исчезают костные клетки. „Эти дистрофические изменения, пишет Абрикосов, могут рассматриваться как начало халистереза. Исследуя свой случай генерализованного о. f., Абрикосов находил, что дистрофическая костная ткань обрастала соединительной тканью и подвергалась лакунарной резорбции. Сторонники этой теории, в противоположность взглядам Recklichausen'а, считают основой процесса дистрофию костной ткани, а все остальные изменения при о. f.—вторичными. Отсюда и стремление изменить название „ostitis fibrosa" в osteodystrophia". К воспалительной теории Reckliinghausen'а присоединяются некоторые авторы, пытающиеся доказать, что о. f. есть воспалительный процесс, зависящий от инфекции слабой вирулентности. Проф. Рубашов описал весьма интересный случай о. f., обнаруженный у б-го через месяц после выздоровления от сыпного тифа. В доступной нам литературе мы не нашли указаний на то, чтобы при о. f. были найдены бактерии в пораженной костной ткани. Во всяком случае патогенез о. f. до сих пор не решен и мы полагаем, что дальнейшие гистологические и бактериологические исследования каждого случая помогут разрешить эту проблему. В гистологич. отношении интересно мнение о том, что гигантские клетки представляют из себя остеокласты, оставшиеся на месте полного уничтожения кости и что гигантоклеточные образования сходны с эпулидами.

Каково отношение о. f. к органам внутренней секреции? Frangenheim собрал 45 случаев увеличения эпителиальных телец, среди которых в 17 случаях был генерализованный о. f. Имеется много случаев о. f., где никакого увеличения со стороны эпителиальных телец не наблюдалось. Christeller указывает, что гиперплязия эпителиальных телец была найдена у совершенно здоровых людей. Ученик Christellera, Arnat, работавший над обезьянами, нашел у одной шимпанзе, у которой имелся ясно выраженный генерализованный о. f., все три эпителиальных тельца резко сморщенными и склерозированными. Все это нам говорит за то, что найденная в некоторых случаях о. f. гиперплязия эпителиальных телец не есть причина заболевания, а скорее наоборот —о. f. вызывает увеличение эпителиальных телец. Дело в том, что при о. f. происходит резорбция и разрушение костной ткани; ясно, что в кровь поэтому поступает слишком большое количество кальция, что ведет к тому, что известковый обмен в организме нарушается.

С другой стороны связь между эпител. тельцами и известковым обменом несомненна и доказана многочисленными экспериментальными исследованиями; эта связь может об'яснить, почему в части случаев о. f. наблюдается увеличение gl. parathyreoideae.

Количество кальция в крови при генерализованном о. f. повышено или нормально в зависимости от того, какое количество Са выделяется толстыми кишками или почками. Так, у Абрикосова в одном случае, где содержание кальция в кале было повышено, в крови содержание кальция оставалось в пределах нормы. Christeller изучал известковый обмен в Wirchow--kr Krankenhaus у Wohlgemuth'а. Об'ектом исследования в течение многих м-цев служила женщина, 49 л., страдавшая генерализованным о. f.; Christeller кормил больную пищей бедной и богатой кальцием; при даче больной в пище большого количества кальция наступало резкое повышение Са в крови, которое держалось в течение шести —восьми часов; у здоровых людей при тех же условиях количество Са в крови через 1/4 часа падает и приходит в норму. Из всего сказанного явствует, что при о. f. имеется нарушение известкового обмена, но какого оно характера и какой закономерности оно подчинено, не выяснено.

Перейдя к клинике o. f., мы укажем на врожденный o. f. Frangenheim считает, что внутриутробные переломы голени (врожденные псевдоартрозы) могут быть об'яснены характерными изменениями в концах, отломков, весьма схожих с o. f. Beust находил в конце отломков костные кисты. В связи с этим выдвигается новый вопрос: может ли o f. быть врожденным заболеванием?

Что касается местных форм o. f., то они встречаются нередко в противоположность случаям генерализованного o. f., которых до 1926 года опубликовано в мировой литературе всего 70 случаев. O. f. localisata встречается в виде костных кист. Почти каждый клиницист помнит несколько случаев костных кист, встречавшихся в его практике. Из костей скелета чаще всего поражается бедро—38%, tibia—22%. Плечо—16%. В наших четырех случаях костных кист, наблюдавшихся в ортопедич. амбулатории, локализация была следующая: два раза на голени, одна киста на плече и одна киста на стопе.

Заболевание протекает в половине случаев без симптомов до того момента, пока какая-нибудь незначительная причина, неловкое движение, толчок не вызовет перелома. В другой половине случаев мы имеем дело с припухлостью, мало болезненною. Эта припухлость заставляет больных обращаться к врачу. Мы в одном случае наблюдали спонтанную фрактуру плеча на почве костной кисты. Основным методом диагностическим является рентгеновское исследование. Рентгенограмма определяет обычно веретенообразное вздутие кости с кистозными дефектами. Cortikalis истончена как лист бумаги, причем на corticalis имеется едва заметный надлом. На рентгене мы определяем, что имеем дело с кистой, но какого характера эта костная киста мы не знаем. Нам известно, что кисты в костях могут обуславливаться не только o. f., но и целым рядом других заболеваний: tbc, lues, абсцессы с маловирулентной инфекцией, эхинококк, центральные саркомы, хондросаркомы и эндотелиомы.

Отличительным признаком в рентгенологии между кистами и злокачественными новообразованиями это равномерное истончение corticalis; при саркомах не бывает равномерного истончения. Центральные саркомы рано вырастают из кости в окружающую ткань; последнее является чрезвычайно важным диагностическим симптомом. Саркома никогда не удерживается в своих границах. Для большинства центральных сарком эти признаки являются безусловно правильными, но для целого ряда случаев эти наблюдения далеко не являются обязательными. Существуют саркомы и хондросаркомы, которые на рентгенограммах дают картины доброкачественных костных кист (o. f.). Из Kiel'ской хирургической клиники (Konsetzny, Kohrs, Bodle) было опубликовано много случаев, когда были произведены ошибочно ампутации конечностей по поводу o. f. В настоящее время существует другая опасность, когда саркомы и хондросаркомы смешиваются с o. f. Известный гамбургский рентгенолог Haenisch опубликовал в 1923 году пять случаев, где диагносцированные им костные кисты были оперированы проф. Sudeck'ом; последние после гистологического исследования оказались злокачественными опухолями. Haenisch указывает на ту тяжкую ответственность, которая в таких случаях падает на рентгенологов. В тех случаях o. f., когда первым симптомом заболевания является спонтанная фрактура, ни рентгенолог ни клиницист не могут с категоричностью утверждать, что перелом произошел из-за доброкачественной костной кисты; поэтому во всех подобных случаях во избежание роковых ошибок должны быть произведены биопсии. Правда, нужно отметить

что и биопсия не всегда дает нам вполне определенный ответ. Такие авторитеты как Lubarsch за границей и у нас Абрикосов указывают на трудности, какие бывают при микроскопической диагностике местного о. f. Особенно в тех случаях, когда патолого-анатомы получают от хирургов материал для исследования в ограниченном количестве, что не дает возможности отличить гигантоклеточную или остеосаркому от о. f. Поэтому мы полагаем, что необходимо при биопсиях брать возможно больше материалу, что даст нам возможность найти столь характерную для о. f. пестроту изменений; переходы между клеточными саркомоподобными тканями и волокнистой соединительной так характерны для о. f. В клинике проф. Соколовского мы наблюдали случай местного о. f. бедра. Заболевание длилось пять лет, были два раза спонтанные переломы бедра, которые быстро срастались. На рентг. снимке были определены костные кисты бедра на месте перелома. Т. о. клинически и рентгенологически был установлен о. f. Произведенная же биопсия обнаружила остеосаркому (проф. Титов). Нужно думать, что в данном случае материал для исследования был взят в недостаточном количестве и поэтому получилось несоответствие между клиническим и рентгенологическим диагнозом и патолого-анатомическим.

Лечение: генерализованная форма о. f. есть болезнь неизлечимая. Был предложен целый ряд методов лечения Stenholm кастрировал 24 летнюю женщину не получив излечения; бесполезны также вливания $Ca\ cl_2$. Mandl пересадил от одного умершего четыре эпителиальных тельца; пересадка также не принесла пользы. В одном случае, где было произведено удаление эпителиальных телец, наблюдали улучшение; количество выделяемого Са уменьшилось, а количество кальция в костях увеличилось.

Прогноз местного о. f. вполне благоприятный. Лечение состоит в выскабливании кисты, при чем отдаленные результаты весьма хороши. Излечение наступает также после переломов. Наши больные отказывались от предложенного оперативного вмешательства, что не дало нам возможности произвести микроск. исследования. В одном случае перелома плеча у больной 21 года, которая явилась в Ортопедическую Амбулаторию через месяц после перелома плеча, на рентгенограмме была обнаружена хорошо выраженная костная мозоль, костных кист обнаружить уже не удается. В данном случае перелом послужил причиной наступившего излечения. В литературе описаны также случаи самоизлечения о. f. localisata.

Литературные данные и наши наблюдения позволяют нам сделать следующие выводы:

1) В случаях местного о. f. надлежит исследовать весь остальной скелет, дабы не упустить признаков генерализованной формы о. f.

2) Патогенез, как генерализов. о., f., так и местного, остается невыясненным; существуют три точки зрения: старый взгляд Recklinghausen'а на о. f., как на какое то хроническое, „индуративное" воспаление. Современный взгляд на о. f. как на самостоятельное костное заболевание, в основе которого лежит дистрофия костной ткани и, наконец, точка зрения на о. f. не как на самостоятельное заболевание (остеомаляция, рахит, подагра и т. д.).

3) Увеличение эпителиальных телец, наблюдавшихся в части случаев генерализов о. f. есть результат заболевания, а не причина. При о. f. имеется нарушение известкового обмена.

4) Диагностика доброкачественных костных кист при помощи рентгенограмм может быть ошибочна в смысле смешения с злокачественными новообразованиями (центральная саркома, хондросаркома).

5) Во избежание подобных ошибок должны быть во всех случаях костных кист произведены биопсии. Материал для микроскопич. исследования должен быть взят в большом количестве, что значительно облегчает патолого-анатомич. диагностику.

ЛИТЕРАТУРА: Haenisch. Zur röntgenologishen Differentialdiagnose (cystischer) Knochentumor (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1922-23). Christeller E. Verhandlung der Deutschen Geselschaft. 1926. Frangenheim. P. Die Klinik der ost. fibrosa Verhandlung der Deutschen Gesell. Frangenheim. Paul. Die krankheiten. 1926 des Knochensystems im Kindesalter Neue Deutsche Chirurgie. 1913.— Абрикосов. Русская клиника № 23.—Маркс. O. f. lokalisata „Ортопедия" и „Травматология" 1927—Tietze Die Knochencysten. Ergebniscse der Chirurgie und Orthopädie. 1911— Рубашов. К патогенезу фиброзного остита. Клинич. медицина № 6 (134).

Из Кожно-венерической Клиники Белорусского Государственного Университета

(Дир. проф. В. Ю. Мронговиус)

К вопросу о лечении сибирской язвы сальварсаном

С. Б. Гольдин

Если диагностика кожной формы сибирской язвы (Pustula maligna) сравнительно не трудна, в особенности, если больной обратился не в самый первый день заболевания, то в вопросе ея лечения до самого последнего времени нет единодушия, ни среди клиницистов, ни среди практических врачей. Наряду со сторонниками консервативного местного лечения покоем и компрессами, некоторыми впрыскивается в окружности пустулы карболка, или же она прижигается термокаутером, дымящейся азотной кислотой, едким калием и т. д. Есть сторонники хирургического вмешательства, делают эксцизио пустулы и даже инцизио. Многие авторы описывают целый ряд случаев, когда вышеназванные методы лечения давали благоприятный результат—полное выздоровление, но мы ведь знаем, что некоторые случаи различных инфекций, в том числе и сибирской язвы, заканчиваются выздоровлением и без всякого лечения. А инцизио дает иногда такие плачевные результаты, как общую септицемию, эксцизио же дает обезображивающий рубец, особенно нежелательный при расположении на лице.

Из-за неудовлетворительности этих методов лечения в более тяжелых случаях, когда больной поступает не в первый-второй день болезни, а уже при тяжелых общих явлениях и бактеремии Sobernheim и Sclavo предложили применять специфическую сибире-язвенную сыворотку подкожно, внутри-мышечно-и даже внутри-венно. Scollo приводит 76 случаев лечения сибирской язвы сывороткой, из них 11 случаев со смертным исходом. Petrosini приводит 15 случаев леченных сывороткой—смертей—1. Milla—36 случаев серотерапии—все с хорошим исходом, Chatellier - 2 случая, причем он вводил сыворотку до 150 куб. сант. Mira—30 случаев с блестящим результатом, Cinti—6 случаев—все с расположением на лице, где болезнь протекает значительно тяжелее, чем при расположении на туловище и конечностях, все дали выздоровление при лечении сибиреязвенной сывороткой. Спасский приводит 13 случаев (из них 10 на голове)—12 выздоровело, 1 умер. Prat—309 случаев со смертностью в 18,77%. Применяли сыворотку большей частью с хорошим результатом Francis, Grant, Symmer, Bodin, Leubner, Metzulezcu, Gebrasi, Francisca, Мартинов, Заболотный и др.

По статистике Regana хирургический метод лечения давал 24% смертности, лечение сывороткой 4—6%, по Mendez'у старая статистика давала 20% смертности, а при расположени и на голове даже и 30—40%, при лечении же сывороткой смертность 4,19%. Но лечение сывороткой имеет целый ряд минусов. Не говоря уже о том, что ее не всюду можно достать, особенно в условиях работы участкового врача, дози-

ровка ее трудна, а главное, ее для верности эффекта приходится применять многократно и большими дозами, что далеко не безразлично для организма.

И вот для лечения сибирской язвы в последние 15 лет начали применять сальварсан и его производные. Первый опыт был опубликован Beckero'm в 1912 г. Bettmann i Heim также приводят, первый два, а второй—1 случай сибирской язвы, успешно леченных нео-сальварсаном. Испанский автор Sainz de Aja приводит 40 случаев успешной сальварсано-терапии сибирской язвы. В русской литературе известны случаи благоприятного действия сальварсана Мокржецкого, С. К. Розенталя, Гусева, Добромыслова, Мещанинова, Уйманова, Рабиновича, Глиера и др. Некоторые иностранные и русские авторы успешно пользовались комбинированным лечением сывороткой плюс сальварсан: Roux, Regan, Jimenez, Mateos и др.

Наши 9 случаев, проведенные в клинике за последний год, лечились исключительно препаратами сальварсана.

Случай 1-ый. Б-ная Ю. С., 57 лет. Дом. хоз., поступила в клинику 6/V 1927 г. Больна 7 дней На сантиметр ниже нижн. века в области скуловой кости имеется язва величиной приблизительно 3×3 сант, с запавшим, покрытым гангренозной коркой центр велич. в сантиметр. По краям имеются пустулки с серозно-гнойным содержимым, сидящие на красном венчике. Язва сидит на твердом основании. Правая половина лица, верхнее и нижнее веко сильно отечны, так что б-ная с трудом открывает глаз. Общее недомогание, вялость, апатия, отсутствие аппетита, моча-норма. Т.—норма, лейкоцитов—4.200. В отделяемом язвы найдены сибиреязвенные палочки. 7/V—внутривенное вливание 0,45 нео сальварсана. Отечность уменьшилась, самочувствие лучшее. 12/V–0,6 нео-сальварсана. 13/V—язва хорошо заживает, корочка начинает понемногу отрываться 16|V—язва зажила. 20|V—вливание 0,6 нео-сальварсана. Б-ная выписалась, как закончившая лечение.

Случай 2-ой Б-ная О. О.—9-ти лет, дочь сапожника. Поступила в клинику 21|V–27 года. Больна 5 дней На кончике носа слева имеется язва, величин. с гривенник, с запавшим центром, покрытым кровавой коркой, по краям которой на красном венчике расположены пустулки с серозно-гнойным содержимым. Вокруг язвы имеется большая отечность, на которой кожа ярко гиперемирована. Общее недомогание. Т.—норма. В мазках из гноя язвы найдены сибиреязвенные палочки со множеством спор. 22|VI—внутривенно—0,3 неосальварсана. 24|VI–отечность начинает проходить. 25|VI—внутривенно 0,3 ново-сальварсана. 27|VI—язва начинает заживать и корочка начинает отрываться. Самочувствие хорошее 2|VII—0,3 ново-сальварсана. Язва зажила без всякого рубца. Б-ная выписалась.

Случай 3-й. Больной И. Ш. 17 лет, щеточник, поступил в клинику 3|IV. Спереди на шее, на уровне верхнего края щитовидного хряща, имеется язвочка, круглой формы с диаметром в 1 см. Центр. темный, запавший. Край язвы несколько возвышен и на нем сидят серозно-гнойные пустулки. Кругом плотная отечность, захватывающая всю шею. В отделяемом язвы найдены B. anthracis. 4|IV–0,6 Novosalvarsan'a 5|IV - отечность остановилась в своем развитии. 7/IV–отечность уменьшилась в размере. Пустулки исчезают -0.6 Novosalvarsan'a. 9|IV—отечность исчезла. 11|IV—язва уплощилась. Черный струп. 17|IV - Струп отвалился. 24|IV—больной выписался выздоровевшим.

Случай 4-й Больн. М. В., 33 л, кожевник, поступил в клин. 6|IV. На сгибательной стороне правого предплечья имеется величиною с вишневую косточку язва с запавшим темным центром. В окружности незначительная отечность. В отделяемом язвы найдены сибиреязвенные бациллы. 6|IV - 0,6 Novosalvarsan'a. 9|IV– отечность приостановилась, 2-ое вливание—0,6 Novosalvarsan'a—11|IV–отечность уменьшилась. В мазке из язвы сибиреязвенных бацилл не обнаружено 13|IV—отечность прошла, темп. нормальная. 14|IV—язва покрылась черной корочкой. 21|IV - струп отвалился. 24|IV—больной выписался выздоровевшим.

Таким образом, мы видим, что и здесь, как в предыдущих случаях сальварсан приостанавливает отечность и вызывает быстрое исчезновение сибиреязвенных палочек в пустуле.

Случай 5-ый. Б-чой В. Ш., 40 лет, по профессии кожевник, поступил в клинику 30 апреля 1928 года. Болен 8 дней. На тыльной стороне кисти в области лучезапястного сустава имеется язва, величиною в серебряный гривенник с темным запавшим центром. покрытым темной корочкой. Вокруг язвы характерный валик. Отечность кисти и нижней трети предплечья. Темп–37,6°. 30|IV–0,6 Novoarsenobenzol'я. 1|V—отечность уменьши-

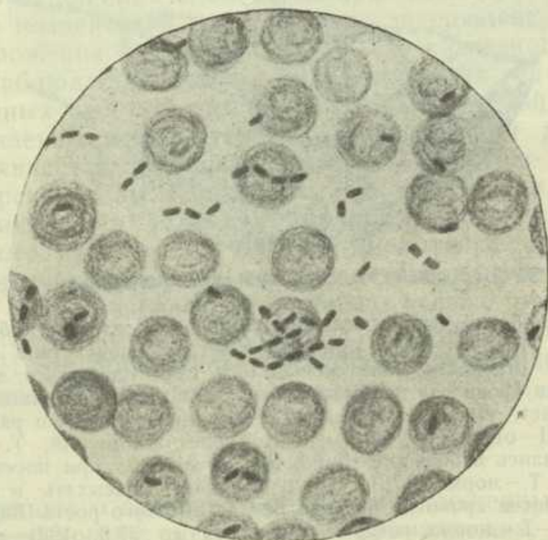
лась. 3|V—Темп.-норма. Отечность прошла. 4|V—язва хорошо заживает с образованием струпа, 0,6 Novoarsenobenzol'я 6|V—струп отвалился. 8|V—выписан выздоровевшим.

Случай 6-ой. Б-ной С. С., 28 лет, по профессии кожевник. Поступил в клинику 9|V—28 г. Болен два дня. На указательном пальце левой руки на первой фаланге небольшая язвочка с запавшим темным центром. Отечность пальца и кисти. Темп.—37,6, 9|V—0,6 Novoarsenobenzol'я. 10V|—Темп. 37,6, отечность не проходит. 12|V—0,6 Novoarsenobenzol'я отечность уменьшилась. 14|V—отечность прошла. Образовался струп. 17|V—струп отвалился. 18|V—выписан выздоровевшим.

Случай 7-ой. Больная С. Г., 22 лет-беременна на 9-м мес. по профессии—стрижка овечьей шерсти. Поступила в клинику 12|V.—Больна 2 дня. На правой щеке на уровне рта—язва величиной с гривенник, с темным запавшим центром, покрытым черной корочкой. Язва окружена валиком, на котором сидят пустулки. Вся щека отечна. Температура -37.2. В отделяемом яввы—сибиреязвенные палочки. 12|V—0,6 Novoarsenobenzol'я 14|V— Темп—37,6. Отечность уменьшилась. 15|V—0,6 Hovoarsenobenzol'я. 17|V—Темп-норма, отечность проходит. Язва стала площе. 19|V—образовался струп. 22|V—0,6 Novoarsenobenzol'я. 23|V—струп отвалился. 25,V—выписалась выздоровевшей.

Несколько подробнее я позволю себе остановиться на случаях 8-м и 9-м—тяжелых формах заболеваний с ярко выраженным сибиреязвенным сепсисом.

Случай 8-ой. Б-ной П. П., 34-х лет, по профессии кожевник. Поступил в клинику 28/XII-27 года. Болен 4 дня. На правой щеке, на уровне губ язва, почти круглой формы, по размерам 3×3 сант., с почти ровными краями, темно-багрового цвета, с несколько впавшим более плотным центром, плотная на ощупь, не болезненная при надавливании. На багровой поверхности имеются отдельные очаги, величиной с просяное зерно, более темной окраски. По краям язвы имеются отдельные пустулки на покрасневшем ободке. В окружности язвы имеется большая отечность, захватывающая всю надбровную область, веки, щеку, крыло носа и часть шеи. Глаз закрыт. Кожа сильно напряжена, подчелюстные и задне-шейные железы слегка увеличены. Т-39°. Общая слабость, язык сухой. Несколько затруднено дыхание. В мазке из гноя найдены сибиреязвенные бациллы. в моче патологического ничего не найдено. Нв—90, красных кровяных шариков 5.400.000, белых 6.200. Лейкоцитарная формула 40%—лимфоцитов, 6%—эозинофилов и 54%—нейтрофилов. В мазках из крови (окраска по Гимза) найдены сибиреязвенные палочки, расположенные отдельно и небольшими характерными цепочками (сибиреязвенный сепсис).

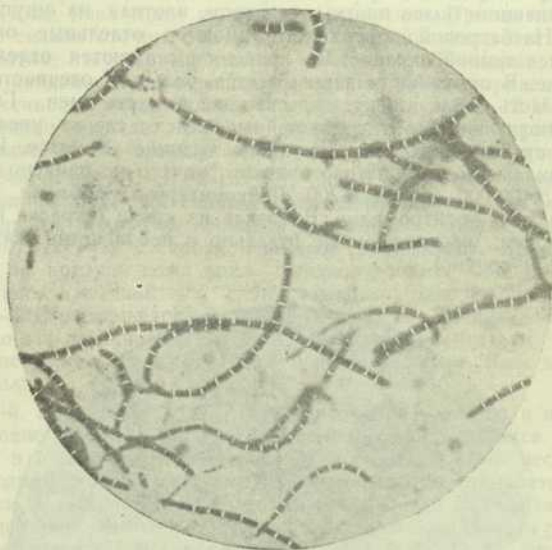


Микрофотограмма № 1. Мазок из крови (окраска по Гимза).

28|XII—внутривенно 0,6 ново-сальварсана, внутрь дигиталис. 29|XII—Т.—утром 37,2°, вечером—38,6°. 30|XII—отечность уменьшилась, глаз стал открываться, сама язва начала уменьшаться в размере Самочувствие лучшее. Т. у.—36,6, в.—38°, внутривенно—0,6 ново-сальварсана. 31|XII—отечность проходит, глаз хорошо открывается, гангренозный струп стал площе. Т.—36.9-37,5. 2|I—28 года, язва побледнела, пустулки по краям ее совер-

шенно исчезли, самочувствие хорошее, в мазках крови палочек не обнаружено. в мазках из язвы—отдельные обломки уже деструктивных палочек. Т.—36,9-37,4. 4|I—Язва вся побелела, стала плоской. Т.—36,2-37,3°, внутривенно—0,6 ново-сальварсана. 6|I—в мазке язвы палочки не обнаружены. Аппетит и сон—хороший. Т.—норма. 9|I—продолжается уменьшение размеров язвы, края эпителизируются. 11|I—вливание 0,6 нео-сальварсана. 13|I—края совершенно спали, струп отвалился, оставив незначительный рубец. Выписан, как выздоровевший.

Случай 9-ый. Б-ной Я. Ш., 42-х лет. Служитель больницы. Поступил в клинику 7|II. Болен 2 дня. Здесь интересно отметить способ заражения. Больной одел новый полушубок, побрился на другой день и на поцарапанной щеке обнаружил через 2 дня пустулу (в воротнике кожуха обнаружены палочки) У нижнего края щеки, на границе с шеей, вдоль края нижней челюсти имеется небольшая, величиною с булавочную головку пустула с темно-багровым запавшим центром и с небольшими серозногнойными пузырьками, сидящими на красном ободке. Вокруг язвы вся кожа отечна, напряжена. Т.—норма. В тут же взятом мазке из окружности пустулы найдены сибиреязвенные бациллы. Впрыскнуто 0,6 ново-сальварсана. 8|II—отечность увеличилась, захватив все лицо (слева), шею до 1-го ребра Самочувствие плохое. 9|II отечность распространилась и на глаз, который совершенно не открывается и на грудь до 4-го ребра, так что сильно затруднено дыхание. Сердечная деятельность несколько нарушена, Т.—утр.—38.4, веч.—39,2. Так как больной злоупотребляет алкоголем, то назначено ему 3 раза в день по 10,0 алкоголя. Впрыснуто 0.9 ново-сальварсана. 10|II—самочувствие плохое, отечность в том же состоянии. Т.—38,4—39°. Из посева крови больного на сахарном бульоне выросла чистая культура сибирской язвы.



Микрофотограмма № 2. Мазок из чистой культуры (окраска метиленовой синькой).

По прививке ее белой мыши, последняя погибла и в селезенке обнаружены сибиреязвенные палочки. 11|II—отечность приостановилась. Самочувствие несколько лучшее. Т.—37,8—38.2°. 13|II—отечность стала уменьшаться, глаз открываться, дыхание свободное темп.—норма. Посев крови дал незначительный рост сибиреязвенной палочки. 14|II—отечность продолжает уменьшаться, имеется гангренозный струп размером около 3×3 сант. Т.—норма. 15|II—отечность еще меньше, аппетит хороший, Т.—норма. 16|II—на ухе и на шее появились небольшие гнойнички, из которых при посеве ничего, кроме кокков не выросло, Т.—норма. 17|II—струп начинает подсыхать и несколько уменьшаться в размере, посев крови на бульоне не дал никакого роста. Вливание 0,75 ново-сальварсана. Утром—Т.—норма, вечером поднялась до 37.8. 19|II—струп продолжает уменьшаться в размере, отечность исчезла. Пустулки на ухе и на шее подсохли. В области левой скуловой кости, выше заживающего струпа, у мочки уха появился абсцессик, а на груди три гнойничка, по клинической картине весьма похожие на специфическую пустулу, из коих посев, однако, дал только рост кокков. 21|II—несмотря на небольшую температуру: утром—37,2, вечером—38,2, самочувствие хорошее. 23|II—абсцесс у уха флюктуирует. Гнойнички на груди вскрылись, из среднего вышел чистый гной и стержень. Посев крови снова не дал никакого роста бактерий. В гною из окружности гангренозного очага сибиреязвенных бацилл уже нет. Вечером Т.—38,4 24|II—гной-

ничҡи на груди подсыхают. Абсцесс у уха вскрылся. Посев из гноя дал рост одних лишь кокков. 0,6 ново-сальварсана. 25|II—боли и колотье в боку. Т.—36,9—37,9. Об'ективно ничего не обнаружено. 27|II—температура 37,8-38,8°. Притупление в левом легком. Крупозная пнеймония. Пульс напряженный и учащенный. В мокроте—Френкелевские диплококки, сибиреязвенных палочек нет. 28|II—пнеймонический процесс наростает. Слабая сердечная деятельность. Сознание помрачено. Отечность на месте первоначального очага совершенно исчезла, гангренозный очаг сильно уменьшился. Из мокроты сделана прививка белой мыши, которая спустя 2 дня еще живет. 29|II—больной погиб от пнеймонии.

И в этом тяжелом случае, если учесть, что уже около недели была нормальная t°, что посевы крови больше роста сибир. бацилл не давали, что в отделяемом язвы бацилл больше не найдено, что отечность вся прошла, гангренозный очаг сильно уменьшился и стал заживать, что в мокроте B. Anthracis не обнаружено, а лишь диплококки Френкеля и белая мышь после впрыскивания этой мокроты живет, то приходится констатировать, что сальварсан несомненно сделал свое дело—сибиреязвенный сепсис ликвидирован. И только крупозная пнеймония (диплококки Френкеля) свела больного в могилу. К сожалению, аутопсии не удалось сделать.

И так мы видим, что терапевтический эффект сальварсана при сибирской язве очень хороший, % смертности по литературным данным равен 6,5, а в наших 9 случаях наступило выздоровление даже и при тяжелых случаях сибиреязвенного сепсиса.

Что касается об'яснения действия сальварсана на сибиреязвенные бациллы, то Mühlens выдвинул теорию косвенного действия сальварсана при многих инфекциях. Согласно этой теории сальварсан действует как stimulans, активирующий дремлющие имунные силы организма на борьбу с инфекцией, в данном случае сибиреязвенной бациллой, но Ермилов в своем экспериментальном обосновании сальварсан-терапии сибирской язвы in vitro на бульонных средах с последующей прививкой морским свинкам, доказал стерилизующую способность сальварсана в отношении сибиреязвенной бациллы, причем в первой стадии своего воздействия он проявляет задерживающее влияние на процесс размножения вируса, сохраняя его жизнеспособность. В дальнейшем уже наблюдается выраженная деструкция тел бактерий, в виде слабоокрашенных участков протоплазмы одной и той же бактерийной клетки с появлением клеток теней и, наконец, при дальнейшем воздействии проявляется бактериолитическое действие сальварсана на палочки сибирской язвы Правда, тот же сальварсан в тех же дозах и концентрациях, но в условиях кровяной среды in vitro, в особенности кровяного русла человека, где имеются и красные кровяные шарики, обнаруживает резкое понижение стерилизующей способности в отношении сибиреязвенной палочки, но все же это защитительное действие элементов крови ослабевает с увеличением абсолютных доз сальварсана. И это обстоятельство особенно необходимо учесть при терапии септических случаев у человека.

Резюме:

Среди большого арсенала средств, предложенных против сибирской язвы, сальварсану, несомненно, принадлежит, может быть на ряду с сибиреязвенной сывороткой—1-ое место, тем более, что дозировка сыворотки трудна, ее приходится вводить в больших дозах и неоднократно, что далеко не безразлично для организма, и ее не всюду можно получить, особенно на участке. Сальварсан же, точно дозирован и оказывает, как по литературным данным, так и в наших случаях, огромный терапевтический эффект, даже и в тяжелых случаях сибиреязвенного сепсиса.

ЛИТЕРАТУРА: Scollo-Zeutralbatt f. Haut u geschlechtkrankheiten XVII-664. Petrosini—Zentralblatt f. Haut u geschechtkrankheiten XIX—402. 3) Спасский—Врачебная газета 1923 № 1-2. Prat-Zentralblatt f. Haut u Geschlechtkrankheiten XI—321. 5) Mira-ibidem. II—414 6) Regan ilidem—III—370. 7) Becker-Deutsche Mediz, Wochenschrifft. 1911 № 51. Bettmann-Deutsche Mediz-Woch 1912 № 8. 9) Sainz de Aja-Zentralblatt f. Haut u Geschlechtkr VIII 347 Мокржецкий—Münch. Mediz. Wochenschrifft. 1913 № 20. 11) С. К. Розенталь—Врачебное дело 1920 г. № 7-8. 12) Гусев—Врачебная газета 1923 г. № 19-20, Мартинов—Вестник хирургии и погр-областей 1925 г. № 12, Мещанинов—Врачебное дело 1926 г. № 23. Уйманов—Ibidem 1925 г. № 21. Grasser—Zeutralblatt f. Haut u Geschlechtkranukheiten XII-46. 17) Рабинович—Врачебное дело 1925 г. № 22-23. 18) Глиер—ibidem 1927 г. № 23-24 Ермилов—Профилактическая медицина 1925 г. № 3. Jimenez-Zeutralblaft f. Haut u Geschlechtkrankheiten II—414.

Кафедра стоматологии БГУ

(Зав. доцент И. М. Старобинский)

Проблема терапии гангрены пульпы *)

Д-р Ю. К. Метлицкий

Вопрос о лечении гангрены пульпы не перестает быть актуальным и в настоящее время, несмотря на целый ряд новых предложений современных клиницистов. В основном, принципы терапии не изменились,—внесены только новые методы и приемы. Как обезвредить инфицированные органические вещества дентина и ответвлений пульпы у foramen opicale,—вот задача, от разрешения которой зависит в большей мере успех нашей терапии. Ведь дентинные канальцы при gangraena pulpae переполнены микроорганизмами, благодаря содержанию в них протоплазматических отростков одонтобластов, да и ответвления корневой пульпы (ramificationes) у foramen apicale, которые ни в коем случае не можем механически удалить нашими нерв-экстракторами, инфицированы. Эти обстоятельства заставляют нас прибегать к крепким антисептикам, как acid carbolic, tricresol-formalin и друг. в надежде на то, что эти вещества обезвредят инфицированные органические вещества, не подлежащие механическому удалению. Эвакуация гнилостного распада из корневых каналов и импрегнация антисептиком дентинных канальцев и ответвлений пульпы у апикального отверстия—старые способы, не потерявшие значения и в настоящее время. Укажу еще на старые способы Ewans'a—введение раскаленных серебряных игол в корневой канал, способ Шрейера с металлич. калием и натрием, Каллагана с серной кислотой и мы видим, что цель была у всех одна—обезвредить инфицированные органические остатки.

Но все указанные способы вследствие отсутствия полной импрегнации не всегда дают положительные результаты и часто наступает реинфекция надкостницы. Если мы обратимся к современному состоянию вопроса терапии гангрены пульпы, то мы отмечаем два течения: первое—асептический способ лечения (Prinz, Ficher и друг.), второе—антисептический (Канторович, Шредер). Сторонники первого течения говорят, что во главу угла нашей терапии гангрены пульпы должна быть положена асептика. Работать нужно строго асептически, нужно создать асептическую обстановку на соответствующих зубах. Вся терапия должна сводиться только к тщательной механической очистке корневого канала и к асептике. Крепкие же антисептики надо оставить, так как они действуют токсически на periodonteum и нарушают его биологические свойства. Здоровая надкостница справится с инфекцией, а потому не следует употреблять такие вещества, которые могли-бы нарушать жизненные функции надкостницы. В виде исключения, они

---

*) Доложено на 1-ой Всебелорусской научно-производственной конференции зубных врачей 20-го мая 1928 г.

допускают употребления новых препаратов, обладающих дезинфицирующими свойствами, но не действующие отрицательно на надкостницу (Tripaflavin, rivanol и друг.).

Сторонники антисептического способа лечения находят, что ни в коем случае нельзя в полости рта, богатой микрофлорой, создать вполне асептическую обстановку, а потому, volens-nolens приходится прибегать к крепким антисептическим веществам,—нужно только умело и разумно пользоваться ими в соответствующей дозировке. Поэтому, они предлагают обратиться назад к Миллеру, Витцелю и другим. Но в общем все авторы сходятся на том, что главное при лечении гангрены—это тщательная механическая очистка корневых каналов и эвакуация из них всего того, что только можно эвакуировать.

Переходя к самой терапии, приходится клинически различать гангрену пульпы не осложненную хроническим воспалением надкостницы и гангрену осложненную.

Значительно проще обстоит вопрос с гангреной не осложненной так как такую гангрену мы можем в сущности излечить любым из рекомендуемых методов. Что касается самого метода лечения, то мы разделяем его на два момента: механический и химический. Механический момент: аккуратная препаровка пульповой камеры и устьев каналов, расширение последних и тщательное удаление распада. Для расширения корневых каналов пользуемся дриль борами, предварительно декальцинируя дентин царской водкой, последнюю нейтрализуем антиформином. Царская водка же сама по себе не расширяет канала, так как она, действуя декальцинирующе, не растворяет дентинный хрящ. Из дриль боров лучше пользоваться ручными, как иглы Кера, Бетельрока и др. Пользоваться дриль борами нужно осторожно, чтобы не перфорировать боковой стенки корня или образовать ложный ход (fausse route). Второй момент—воздействие антисептическими веществами. Эти вещества должны в своем составе содержать как легко диффундирующие, так и плохо растворимые элементы, которые будут действовать более длительно. Этим требованиям по профессору Канторовичу всего лучше удовлетворяет acid. carbol. Что касается трикрезолформалина, то и последний дает ценные результаты при условии тщательной механической очистки каналов. Правда, формалин иногда вызывает раздражение надкостницы, но зато импрегнирует дентинные канальцы.

Способ серебрения каналов по Howe, безусловно, является хорошим методом, так как редуцированное серебро, получающееся по следующей химической формуле: 1) $2AgNO_3+2NH_4OH=Ag_2O+H_2O+$ $+2NH_4NO_3$, 2) $Ag_2O+HCOH=2Ag+HCOO$ (муравьин. кислота), проникает далеко в дентинные канальцы, обволакивает органические остатки, а также закупоривает foramen apicale. Этот способ, проверенный нами, дает хорошие результаты. Способ. кислотный, применяемый в Гисо в Москве, мы также считаем ценным, дающим нам подчас возможность излечить гангрену пульпы в однокорневых зубах в один сеанс. Сущность этого способа в химической реакции образования свободного кислорода и хлора in statu nascendi—весьма сильных бактерицидных реагентов, не действующих раздражающе на надкостницу. После обычной препаровки пульповой камеры и устьев каналов, вводится в последние с помощью миллеровской иглы царская водка и осторожно эвакуируется нерв-экстрактором гангренозный, распад корневой пульпы. Вслед за этим в каналы вводится на турунде, пропитанной водой, мелкий порошок бертолетовой соли в возможно большем количестве; избыток соли разлагается введением вновь царской

водки, а последняя в свою очередь нейтрализуется антиформином. После тщательной очистки каналов, пломбируем последний тимол-иодоформенной пастой, а устья каналов—цементом. Способ Howe несомненно технически труден, особенно на зубах верхней челюсти, трудно накачать жидкость в каналы, так что в этом отношении кислотный способ имеет преимущества перед способом Howe.

Все виды указанной терапии нужно проводить, соблюдая по возможности все правила асептики.

Последние годы в одонтологии стали увлекаться новым средством —риванолем. Представляя собою легко разлагающееся химическое соединение, риванол следует употреблять в возможно более свежих растворах, приготовляя его ex tempore. Мы применяем риванол в концентрации 1 : 500 и должны констатировать, что он обладает прекрасными дезинфицирующими свойствами и притом совершенно не раздражает надкостницу. Несколько промываний корневых каналов риванолом при gangraena humida дезодорирует гнилостный распад и при неосложненной гангрене прекрасно заменяет крепкие антисептики, действуя значительно быстрее.

В отношении гангрены, осложненной хроническим гранулирующим периодонтитом (гранулема, радикулярная киста и т. п.), приходится констатировать, что терапия таких зубов все больше и больше ускользает из области консервативного зубоврачевания в область хирургическую (resectio apicis и как ultimum refugium экстракция).

Все перечисленные мною выше способы не дают надежных результатов при гангрене, осложненной хроническим гранулирующим периодонтитом. Ни серебрение, ни кислотный способ, ни риванол не вызывают исчезновения гранулемы. Правда, в практике нашей работы риванолем мы имеем один случай излечения 12 с гранулемой, причем случай проверен рентгенографически до и после лечения. Однако, приходится констатировать, что среди нас существуют многие, относящиеся к гранулеме без должного внимания, а между тем теория фокального сепсиса трактует все гранулемы, как очаги инфекции, могущие вызвать общий сепсис организма. Эта теория опровергает мнение немецкого ученого Виллигера, что гранулема, покрытая наружной фиброзной капсулой, является защитным валом против проникновения инфекции из зуба в костно-мозговую субстанцию челюсти. Теория „Oral-Sepsis“ получила подтверждение в опытах Rosenow'а из лаборатории Мауо и надо надеяться, что дальнейшие работы в этой области прольют больше света на сложную проблему ротового сепсиса. При этом надобно указать, что диагностика хронического гранулирующего периодонтита удается, главным образом, с помощью рентгенографии. Клинический-же диагноз гранулёмы возможен лишь в процессе лечения (длительная секреция из периапикального пространства, изменение и уплотнение надкостницы челюсти в области верхушки зуба).

Что касается вопроса о пломбировании каналов корней, то обычно не удается герметически закупорить весь канал до foramen apicale нашими мягкими антисептическими пастами, хотя герметическая закупорка канала как раз и является самым важным моментом. Для того, чтобы мы могли запломбировать канал пастой in toto, необходимо его достаточно расширить, ибо в узкие каналы протолкнуть пасту довольно трудно. Что касается консистенции пасты, то в последнее время существуют много принципиальных возражений против старых паст; желательно употребление жидких веществ, способных быстро твердеть или застывать до желатинной консистенции. Из жидких веществ

рекомендуется масса Альбрехта. Базельская клиника профессора Миллера употребляет для заполнения каналов жидкое вещество в ампулах, приготовленное доктором Eckman'ом. Это вещество состоит из раствора коллоидных соединений солей кальция. К сожалению, введение этих жидких веществ в корневые каналы, особенно на зубах верхней челюсти, еще технически недостаточно разработано. Но в общем, какая бы паста не была, важно заполнить ею весь канал и к этому мы должны в нашей работе всегда стремиться.

Из всего вышесказанного я позволю себе сделать следующие выводы:

1. Разрешение проблемы терапии гангренозных зубов должно опираться на строгие научные данные анатомии, физиологии и патологической анатомии заболевшего зуба.

2. Гангрена, неосложненная хроническим периодонтитом, может быть хорошо излечена при условии тщательной механической и химической обработки каналов корней (в многокорневых зубах—всех каналов).

3. Пломбировка каналов in toto является наиболее важной предпосылкой успешности нашей терапии.

4. Гангрена, осложненная хроническим периодонтитом, должна уйти из области консервативного лечения в область хирургического лечения (резекция верхушки корня) и как ultimum refugium—экстракция.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ: Дзержавский—Курс дентиатрии.—Порт и Эйлер—Руководство по зубоврачеванию.—Walkhoff—Die konserwierende Zahnheilkunde.—Kantorowicz—Kliniche Zahnheilkunde.—Williger—Zahnäratliche Chirurgie.—Труды 1-го и 2-го Одонтол. С'ездов.—Дубровин—Лечение гангрен. зубов.—Schlemmer—Über die Wurzelbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Wurzelkanalerweiterung (Zeitchrift für stomatologie 1925 j.).

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Госпитальная терапевтическая клиника Белорусского Государственного Университета
(Директор проф. Гаусман)

Случай остро-наступившей парциальной аргирии*)

Я. Е. Шапиро

Настоящий случай представляет интерес с обще-патологической и клинической; он не лишен и практического интереса.

Б-ной Б-ич, 42 года, белорусс, сигнальщик на железнодорожной телефонной станции направлен жел.-дор. врач. консультацией в Госпитальную Терапевтическую Клинику БГУ для клинического исследования и дачи заключения по поводу своего заболевания. В клинике он жаловался на заметное за последние три м-ца исхудание, слабость и кашель. Пользовавшие его до сих пор врачи и Врачебная консультация обратили внимание на бросающуюся в глаза своеобразную окраску лица: последняя в дополнение к жалобам больного на слабость и исхудание послужила поводом для диагностических затруднений и ошибок. Находя рентгеноскопически изменения в легких, в данном случае был предположительный диагноз mor. Adissoni, и перед Врачебной консультацией стал вопрос о снятии больного с работы и переводе его в инвалиды труда, в связи с прогрессирующей слабостью

Когда больной прибыл в Клинику, то нераздетым, действительно, по резкой буровато-серой пигментации лица, произвел впечатление случая Адиссоновой болезни. Проф. Гаусман бросил взор на другие открытые места, как кисти рук, которые оказались совершенно свободными от пигментации. На основании большого личного опыта (см. работу проф. Гаусмана в эндокринологическом вестнике за № 3-1928 г.) автор приходит к выводу, что при всех формах Адиссоновой болезни, тяжелой, легкой и даже при рудиментарных ее формах без общей пигментации, имеется ясно выраженная буроватая с серым налетом пигментация на тыльных поверхностях пальцевых суставов кистей. Поэтому проф. Гаусману и его ученикам, сотрудникам клиники, убедившимся, что на тыльных поверхностях кистей никакой пигментации нет, стало ясно, что здесь об Адиссоновой болезни речи быть не может. Задачей клиники было, доказавши, что тут действительно нет Адиссоновой болезни, найти другие причины этой пигментации. Характер пигментации на лице до некоторой степени позволил нам искать причину таковой в определенном направлении. Буровато-серая пигментация имела металлический блеск, точнее, согласно выражению проф. Гаусмана, стальной отблеск, что позволило предположить отложение какого то металла (мышьяк, серебро и др.).

Анамнез: свои жалобы больной связывает с последним заболеванием. Три м-ца тому назад внезапно появилась боль в правом боку,

---

*) Случай демонстрирован в Минском О-ве врачей в марте месяце 1928 г.

усилился бывший до того кашель, во время которого боли в боку усиливались; слабость и недомогание нарастали, но к моменту прибытия в клинику силы стали восстанавливаться и в весе больной начал прибывать. 16 лет тому назад перенес гонорею, через м-ца два после этого заболевания перенес какое то заболевание почек, семь лет тому назад—крупозное воспаление легких. Других болезней не помнит. Алкоголем не злоупотребляет, курит много. В семье люэс, туберкулез, эпилепсия, душевные и эндокринные заболевания анамнезом отрицаются. Дети здоровы. У жены выкидышей не было. Психическая травма, переутомление, недоедание и др. в жизни больного места не имели. Изменения в цвете лица больной обнаружил 16 лет тому назад при освобождении от военной службы, за три недели после обнаружения окраска эта усиливалась в своей интенсивности, установилась окончательно и в течение 15 с лишним лет не изменялась ни в сторону усиления, ни в сторону просветления.

Status praesens. habitus asthenicus: Вес 56,6 кило. Рост стоя 172,0 см., сидя 92,5 см. Окружность шеи—33 см. Окружность грудной клетки при максимальном вдохе—88 см., максимальном выдохе—83 см., при покое—85 см. Окружность бицепсов правого и левого при покое—21,5 см., при напряжении—23,5 см. Окружность талии—72 см Расстояние от вырезки грудины до симфиза—59 см. Длинная, узкая и плоская грудная клетка с узкой верхней апертурой, выдающееся второе реберное кольцо, острый эпигастрический угол, плечи опущены, лопатки отстают наподобие крыльев. Емкость легких 2200 кб. см. index Пинье выше 30 (очень слабого телосложения). Над—и подключичные ямки запавшие с обеих сторон. Двухсторонняя атрофия мускулатуры плечевого пояса, особенно справа. Отставание задне-нижней части правой половины грудной клетки при дыхании, и незначительно выраженное выпячивание и сглаживание межреберных промежутков этой же части.

Перкуссия[1]): Завуалирование перкуторного звука на обеих над-и подключичных областях верхушек легких интенсивнее справа, особенно в правой Моренгеймовой ямке, и подкрыльцовой впадине, где имеется ясное приглушение. Спереди вверху справа притупление до второго межреберного промежутка, слева до второго ребра; сзади вверху, справа и слева до остистого отростка 2-го грудного позвонка. В местах приглушения и завуалирования перкуторного звука fremitus pectoralis усилен. Krämer'овское межлопаточное притупление справа 10 см.×6 см. слева 11 см.+5,5 см.; Karany—9 см., начиная от остистого отростка 4-го грудного позвоночника с обеих сторон. Ограничение подвижности правого нижнего легочного края Справа, внизу, сзади, начиная на 1 п. палец ниже угла лопатки—тупость; линия тупости идет косо вниз в обе стороны, образуя за позвоночником небольшой треугольный участок притупления (треугольник Раухфус—Трока); за правой средней подкрыльцовой линией тупость постепенно переходит в ясный легочный звук. Границы зоны тупости при изменении положения больного не изменяются. Fremitus pectoralis в этой зоне тупости совершенно отсутствует. Аускультация: вдох на обеих верхушках жестковат, выдох удлинен (бронхо-везикулярное дыхание), изредка попадаются, особенно после кашля, мелкие крепитирующие хрипы. В самой нижней части совершенно ослабленное дыхание, на границе перкуторно-тупой зоны,—бронхо-везикулярное дыхание. В левом легком в нижних отделах усиленное везикулярное дыхание, попадаются сухие свистящие

[1]) О распознавании скрытых форм туберкулеза с помощью точной перкуссии см. работу проф. Гаусмана в Терапевт. Архиве за 1928 г.

хрипы. При плевральной пункции однажды игла проходила через шварту, в другой раз добыта светлая прозрачная серозная жидкость. Посев стерилен. Проба Rivalt'а положительная. Удельный вес 1,017. Белка до 3,5%. В мазке осадка центрофугата, окрашенном по Гимза, преобладают лимфоциты. Температура в начале субфебрильная, впоследствии ко времени выписки из клиники установилась нормальной. Сердце перкуторно нормальных размеров и конфигурации, висячее, что подтверждено рентгеноскопически. На верхушке—предсистолическое раздвоение первого тона, указывающее на гипотоничность сердечной мышцы; в остальном норма. На основании данных наружного осмотра и об'ективного исследования органов грудной клетки ясно, что б-ной одержим фиброзно-продуктивным туберкулезным процессом легких (как проявление гематогенного высыпания—второй стадии по Panke; по классификации Turban—Штернберга A_{II}) и правосторонним медиастинальным специфическим выпотным плевритом.

Кровяное давление: макс. 115, миним. 75. Со стороны органов брюшной полости отклонений от нормы не обнаружено. Моча: суточное количество 1300—1600 с удельным весом 1,013—1,014, белок отсутствует. Уробилин резко выражен, гематопорфирин отсутствует, в осадке — трипельфасфаты, $\frac{2-3}{-1}$ лейкоцитов и $\frac{1-2}{1}$ эритроцита; пробы на концентрацию и на выделение выпали недостаточно. Реакция Пирке положительная. Р. О. Э.—30 м. м. в один час по Панченкову при субфебрильной температуре). RQ—1,2. Основной обмен по Книпингу—84%. Резистентность эритроцитов 0,46—0,34. Холестерина в крови по Autenrith'у—112 млгр. %. кальция по de Waard'у—9,8 мгр. % (в пределах нормы) Липолитического фермента по методу Ганрио—16 (слегка повышено). В желудочной секреции—Subaciditas. Реакция Вассермана и Мейнике—отрицательны. Глазное дно—нормально. Становая сила—70 кгр. Сила рук по динамометру правой и левой—36. Состояние активное.

Патологическая окраска кожи имеется неповсеместно. На лице имелась резкая пигментация кожи в виде буровато-серого почти аспидного цвета с особым стальным оттенком. На остальных частях тела пигментации при беглом осмотре обнаружить не удалось; но при внимательном исследовании и при особом не слишком ярком освещении, и то на темном окружающем фоне на груди и верхних конечностях замечен был очень слабый голубовато-синий отлив. На слизистой ротовой полости эта окраска слегка выражена у края десен, она даже выражена в виде каемки.

Не представляется возможным увязать данную пигментацию, имеющуюся у нашего больного в течение 16 лет с его теперешними жалобами за последние 2-3 м-ца на общую слабость и исхудание. Не представляется реальным на основании анамнеза и настоящего случая упорно державшейся своеобразной пигментации подумать об Адиссонизме и morb., Adissoni, которая при отсутствии ремиссии, при явлениях наростающей физической и психической слабости ведет в кратчайший срок (в среднем в течение 2—6 лет) к летальному исходу.

Характер (небронзовая) и локализация пигментации, отсутствие таковой, где в норме констатируется (около сосков, мошонка, затылок, крестец, передняя складка подмышечной ямки и тыльные поверхности пальцевых суставов), нормальное кровяное давление, состояние сил больного и т. п.—клинические данные, отвергающие в данном случае мысль об Адиссонизме Проф. Гаусман[1]), наблюдавший в течение 12 лет

---

[1]) См. его работу „К вопросу о рудиментарных формах Адиссонизма“.

свыше 100 случаев больных Адиссоновой болезнью в тяжелой и легкой формах, и в случаях Адиссонизма приходит к выводу, что при изменчивости локализации бронзовых буроватых, характерных для Адиссонизма пятен, последняя всегда выражена в той или иной мере на тыльных поверхностях пальцевых суставов и кистей. У нашего больного эти места при резкой окраске лица и слабой на груди совершенно свободны от пигментации. Реакция Пирке—положительная, что не характерно для кожи при Адиссонизме (Гаусман). В клинике мы произвели фармакологическую пробу на симпатикус введением подкожно 0,001 адреналина, дав предварительно 150 гр. сахару.

Приводим результаты исследований до и через 30 минут:

	Кров. давл.		Кровь		Рез. [1]	Сахар	Пульс	Дых.
	Макс.	Мин.	Лейк.	Лимф.	щелоч.	в крови		
До введ. адренал. .	115	75	8600	28%	58,4	0,096	84	22
Через 30 минут . .	145	85	12000	32%	40,0	0,180	180	26

В моче в течение 4-х часов находили сахар, в довольно большом количестве; проба Леви—резко положительная.

На основании клинической картины и данных об'ективного исследования в целом не приходится даже говорить о той рудиментарной форме, которая бы имела с Адиссоновой болезнью тесную энтологическую связь (Гаусман). Заподозрив в данном случае на основании буровато-серого почти аспидного цвета с металлическим точнее стальным блеском пигментацию экзогенного происхождения не в связи с нарушением хромафиновой системы и в частности отложение металла, произведена была биопсия кожи. Взят кусочек кожи правого плеча, где пигментация слабее выражена. При микроскопическом исследовании найдены мелкие величиной в кокки темные, даже черные зернышки, расположенные межклеточно и на соединительных волокнах верхнего слоя corium'а отдельными песчинками, местами образующими тяжи и даже глыбки. Расположение зернышек характерно для отложения серебра при Argyria Universalis (Кравков, Пожарыйский, Репреев и др.).

Авторы признают, что раз, изменившись под влиянием серебра, цвет ткани сохраняется неизменно, только в небольших участках может происходить вынесение частичек серебра и просветление этих участков.

Впоследствии, когда уже была произведена биопсия кожи, больной сообщил нам дополнительно анамнестические данные. 16 лет тому назад, будучи на военной службе, заболевши триппером, в связи с предстоящим освобождением, больной обратился к фельдшеру за врачебной помощью, который ему отпустил 200—300 кубиков неизвестной концентрации какого то лекарства коричневого цвета; полученное лекарство он выпил в четыре приема (два дня по два приема в день).

На второй день после приема больной отмечает наступление явлений гастро-энтерита, профузное отделение бронхиальной слизи (симптом Orfila, Ball'я при аргирии), подкашивание ног и общее недомогание, хотя попрежнему продолжал нести караульную службу.

[1]) Некоторые био-химические анализы произведены ординатором нашей клиники д-ром Липецом, за что я приношу ему свою благодарность.

Явления „интоксикационного катарра“ по A. Schmidt'у скоро прошли, (держались всего три дня); со стороны нервной системы ни скоропроходящих нарезов, ни конвульсий, ни других расстройств больной не отмечал. На третий день обнаружена была больным эта своеобразная окраска кожи лица и на 3-ей неделе после этого, находясь в леч. учреждении по поводу какого то почечного страдания, установилась та серовато-аспидная с металлическим блеском окраска, с которой больной прибыл через 15 лет в нашу клинику. Кравков допускает воспаление почек на почве общего отравления серебром.

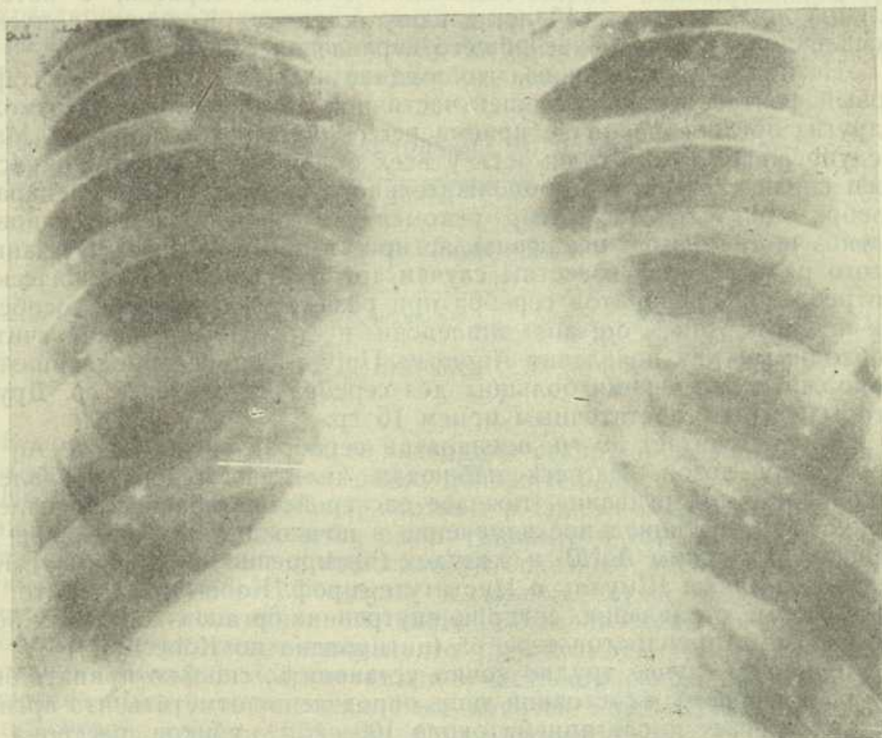
Не подлежит сомнению, что в данном случае мы имеем характерный факт остро-наступившей частичной аргирии кожи, а возможно и других органов на почве приема per os препаратов серебра. Матес предупреждает о необходимости у всех больных с сероватой окраской кожи справиться насчет продолжительного приема внутрь препаратов серебра или мышьяка; автор рекомендует прежде чем установить диагноз mor. Adissoni исключить аргироз и арсеномеланоз. По данным целого ряда авторов известны случаи аргирии на почве хронического употребления препаратов серебра при разных заболеваниях, особенно при нервных, tabes dorsalis эпилепсии и др. Пожарыйский считает необходимым для появления Argyrosis Universalis введение в кишечник продолжительное время больших доз серебра не менее 20 гр. Другие авторы считают достаточным прием 15 гр.

Коберт считает 30 гр. препаратов серебра, в частности $AqN0_3$ смертельной дозой. Harnack наблюдал явления общего отравления (судорожное подергивание, тяжелое расстройство зрения, воспаление бронхов, интерстициальное изменение в почках и т. д.) на кошке при введении 3-х грамм $AqN0_3$ в желудок (цитировано по Кравкову). Крисинский, а также Шмулль в Институте проф. Kobert'a в Дерпте вызвали острые отравления, аргирию внутренних органов животных большими дозами препаратов серебра (цитировано по Kobert'y)

В нашем случае трудно точно установить, сколько принято было внутрь серебра; мы в состоянии лишь определенно отметить, что аргирия наступила сразу после приема около 100—150 кубиков раствора неизвестной концентрации препарата серебра (возможно проторгола, имеющего коричневый цвет) и предположить, что в целом навряд ли принято больше 10 гр. По данным многих авторов серебро отлагается в тканях в следующем нисходящем порядке: кожа, стенка сосудов, особенно интима аорты, почки, слизистые оболочки кишек, печень, железы и селезенка; нервная, костная, хрящевая ткани, роговица, хрусталик и стекловидное тело от серебра свободны (Кравков, Репреев и др.). По вопросу, в виде чего отлагается серебро в тканях, имеются разногласия: одни авторы признают, что серебро откладывается в восстановленном виде, другие считают, что оно откладывается не то как альбуминат, не то как хлористое соединение, не то в виде окиси и т. д.

При этом здесь приводится рентгеновский снимок грудной клетки представленного больного. Бросается в глаза обильное количество (20—25 в каждой половине) отдельных несливающихся между собой, резко очерченных, правильной круглой формы различной величины от 10 коп. серебряной монеты до булавочной головки, интенсивных темных пятен. При определении глубины этих пятен по способу Holzknecht'a линейными измерениями (д-р Лившиц) выявилось, что пятна эти находятся несколько глубже висцерального листка плевры, во всяком случае ни в коже, ни в костях, ни в париетальном листке плевры. У нас нет категоричности по вопросу о трактовке настоящей редкой рентгеновской картины грудной клетки (перкуторно

пятна нельзя было определить). Не представляется вероятным считать эти пятна за обезизвествленные узлы специфического процесса (нодозная форма), по всему протяжению обоих легких. Остается также открытым предположение о возможном отложении по лимфатическим и



гематогенным путям в соединительных упругих волокнах не то плевры, не то субплевральной легочной ткани, а может быть и глубже зернышек серебра. На рентгеновских снимках других областей (паховая, плечо, бедро) подобные пятна не обнаружены.

ЛИТЕРАТУРА: Пожарыйский — Основы патологической анатомии.— Репреев—Учебник общей патологии 1897 г.—Кравков—Основы фармакологии.—Гаусман—Эндокринологический вестник за 1928 г. № 3.—Коберт—Lehrbuch der intoxikationen 1897.

Кафедра стоматологии БГУ.
(Зав. доцент И. М. Старобинский)

Случай одонтогенного сепсиса со смертельным исходом

Ф. Р. Гольдберг

Случаи одонтогенного сепсиса со смертельным исходом встречаются редко. Однако при этом каждый раз вновь заостряется вопрос о показаниях к экстракциям при острых гнойных воспалительных процессах на челюстях.

Материалом для данной статьи послужил случай из стоматологической клиники БГУ, краткая история болезни которого следующая.

Мальчик П., 10 лет, был доставлен из Бобруйского округа вечером 8 декабря 1927 г. в стоматологическую клинику.

Анамнез. Две недели тому назад больной пожаловался матери, что у него шатаются два зуба на правой половине нижней челюсти. На следующий день к указанным явлениям присоединилась припухлость окружающих мягких ткачей и озноб. Приглашенный к больному фельдшер, исполняющий в том районе функции зубного врача, отказался удалить зубы, опасаясь наличия у мальчика „флюса". Мальчик был отвезен в окружной город, где зубной врач удалил эти два совершенно шатающихся зуба. Из экстракционной раны показался гной. Через 2 дня после удаления зубов (через 7 дней после начала заболевания) припухлость мягких тканей на правой стороне челюсти уменьшилась, но зато появилась припухлость мягких тканей и шатание зубов с левой стороны. Боли и озноб усилились, изо рта появилось обильное выделение слюны и гноя. Приглашенный районный врач назначил больному полоскания, согревающие компрессы и подкожные впрыскивания в живот (повидимому, ин'екцию антистрептококковой сыворотки). В течение 5 дней состояние больного резко ухудшилось. Один из шатавшихся на левой стороне зубов выпал самопроизвольно. По совету врача мальчик был направлен в Минск в клинику БГУ.

За предшествовавший ближайший период мальчик никаких инфекционных болезней не перенес.

St. praesens. Больной удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов: глухие тоны сердца, в легких—сухие хрипы, жесткое дыхание. Пульс 120, слабого наполнения. Температура—40,6°. Общее состояние больного угнетенное, реакции вялые, по временам бред. Мягкие ткани в области н/челюсти припухшие, чувствительные при пальпации. Регионарные лимфатические железы увеличены и болезненны при надавливании. С левой стороны к этому присоединяется отек век и разлитая тестоватая припухлость в подчелюстной области, распространяющаяся кзади от челюстного угла на область шеи. Контуры кости прощупываются с трудом. Флюктуации нигде нет. Рот слегка открыт, активно неподвижен, но пассивно закрывается почти безболезненно. При осмотре полости рта обнаруживается заметно утол-

щенная на всем протяжении н/челюстная кость, покрытая резко гиперемированной слизистой. Зубы: 5| и |3,5 молочные; 4,3| и |4 отсутствуют. Все зубы шатаются, из десневых карманов при надавливании выделяется гной. Из альвеол удаленных молочных 3,4| и |4 выделяется ихорозный гной. При зондировании пустых луночек ощущаются шероховатые костные стенки.

Диагноз: Osteomyelitis acuta purulenta mandibulae diffusa et sepsis acuta.

8/XII—камфора, физиологич. раствор под кожу. Формула крови по Шиллингу):

С 43%, П 18%, Ю 9%, М 4%, Э 1%, Л 25%.

9/XII—Операция (Старобинский). Под эфирным (Rausch) наркозом произведены два разреза кожи и подкожной клетчатки по правому и левому краю н/челюсти. Поиски гнойного фокуса тупым путем. Из левого разреза незначительное количество гноя.

Турунды. Отсасывающая повязка.

Камфора и физиологич. раствор; введено в вену 10 к. см. Rivanol'я (1 : 1000).

10/XII. Состояние тяжелое. Пульс 126 слабого наполнения, Т 39,4° У, 40,2° В. Попеременно камфора и коффеин под кожу. Физиологический раствор. В вену введено 10 кубиков Rivanol'я (1 : 1000).

11/XII днем. exitus letalis при явлениях отека легких.

К сожалению, по независящим от нас причинам, труп не подвергся вскрытию. Печальный исход описываемого случая, как будто, подтверждает, высказанное лечившими мальчика ф-ром и врачем, мнение о причиняемом вреде экстракцией виновного зуба при острых воспалительных процессах на челюстях. Этот, довольно распространенный среди зубных врачей и части хирургов, взгляд покоится, главным образом, на том основании, что, дескать, экстракция зуба является грубой травмой, актом трепанации кости, что грозит активизацией процесса и генерализацией инфекции.

Однако, если даже и руководствоваться точкой зрения той части докладчиков (Краснобаев, Вебер и др.) на XVII Всероссийском С'езде хирургов, которая высказывается против первичной трепанации кости при острых гнойных остеомиэлитах, то все же экстракция зуба является рациональным мероприятием, так как почти во всех случаях экстракция щипцами не вызывает грубого нарушения костного вещества. Тем более не может быть и речи об излишней активности зубного врача, удалившего молочные зубы у мальчика 10 лет. Это как раз тот период, когда сменяются молочные моляры и клык и когда заканчивается физиологический процесс рассасывания их корей. Можно с уверенностью сказать, что зубной врач своим вмешательством не мог повредить, ибо удалением молочных, расшатанных, плавающих в гною, подвешенных лишь на мягких тканях, зубов, он никаких пертурбаций в состоянии челюсти не произвел. Напротив, если бы мальчику была своевременно оказана хирургическая помощь, а не назначены традиционные согревающие компрессы, польза от которых, при применении их на челюстях, весьма сомнительна, тогда, быть может, заболевание было бы купировано. Несомненно, что смерть мальчика следует рассматривать, как результат генерализации процесса от ряда общих причин, как-то: вирулентность инфекции, конституциональные особенности организма и т. д., *вне какой бы то ни было зависимости от экстракции зуба.*

Огромный клинический материал, прошедший за истекший год через нашу поликлинику, статистика немецких зубоврачебных клиник

и материал Гисо указывает на наступление резкого улучшения после экстракции виновного зуба при острых воспалительных процессах на челюстях.

Напротив, во всех случаях, прошедших через нашу клинику тяжелых перимаксиллярных флегмон и остеомиэлитов челюстей, имелись в анамнезе согревающие компрессы и бесцельные полоскания шалфеем и т. п. без хирургического вмешательства.

Размеры и казуистический характер настоящей статьи не позволяют нам подробно остановиться на принципах терапии острых воспалительных процессов на челюстях, проводимых нашей клиникой. Интересующихся отсылаем к специальной литературе по этому вопросу. Считаем только чрезвычайно важным подчеркнуть, что экстракция зуба, являясь при вышеупомянутых процессах рациональным вмешательством, должна обязательно сопровождаться одновременным разрезом мягких тканей в случае вовлечения их в процесс, при чем, в зависимости от локализации, разрез должен быть произведен интра или экстраорально.

ЛИТЕРАТУРА:—Partsch. Die chirurgischen Erkrankunq. der Mundhöhle der Zähnae und K.—Williger Зубоврачебная хирургия. З. Старобинский. Ошибки в зубоврачебной хирургии.—Тихов. Частная хирургия. Всесоюзный XVII с'езд Российских хирургов.

Из клиники нервных болезней БГУ

(Директор проф. М. Б. Кроль)

Два случая сосудистого поражения продолговатого мозга

Ординатор клиники В. Е. Добрускин

Симптомокомплекс поражения arterii cerebelli post. inferior. состоит в следующем: альтернирующая гемианэстезия, односторонний паралич голосовой связки и мягкого нёба, расстройство глотания, паралич глазного sympathici, гемипарез конечностей. Часто присоединяются головокружения, латеропульсия, а иногда и поражение других черепных нервов, особенно лицевого. По Wallenberg'у продолговатый мозг питается двумя системами сосудов. Срединная система art. sulci отходит от art. vertebralis и питает всю срединную часть продолговатого мозга. Другая система—боковая—art. cerebelli post. inferior отходит от art. vertebralis и питает всю боковую часть продолговатого мозга. Babinski, Nageotte, а также Захарченко ставят вышеописанный симптомокомплекс в связь с заболеванием art. cerebel. post. infer.

Непостоянство некоторых симптомов, особенно нёбно-гортанная диссоциация, выражающаяся в изолированном поражении мягкого нёба при целости голосовой связки и, наоборот, Захарченко об'ясняет различными вариантами высоты отхождения art. cerebel. post. inf. от art. vertebralis.

В 1925 г. Foix, Hillemand и Schalit, на основании анатомического исследования случаев поражения голосовой связки при целости мягкого нёба, выдвинули значение небольшой art. fossae lateralis bulbae, отходящей самостоятельно от art. basilaris, выше art. cerebelli post. infer. Данная ветвь питает верхне-боковую часть продолговатого мозга, где находится та часть nuclei ambigui, от которой отходят волокна для мягкого нёба. Волокна для голосовой связки отходят от нижней части ядра. На основании этого авторы об'ясняют диссоциацию поражения голосовой связки при целости мягкого нёба не различными вариантами высоты отхождения art. cerebelli post infer, а поражением art. cerebelli post. infer в случае поражения голосовой связки или поражением art. fossae lateralis bulbae при поражениях мягкого нёба или поражением той и другой артерии при поражении всего ядра n. am. bigui.

Ниже приводим краткие истории 2-х случаев с заболеванием сосудов продолговатого мозга.

Случай 1. Б-ой О-й, 55 л., крестьянин, поступил в клинику нервных болезней БГУ. 21/V—27 г. с жалобами на боль и жжение во всей правой половине туловища и правых конечностях.

Анамнез. Пил и курил с раннего возраста, пил и самогон. Страдает одышкой несколько лет. Венерические болезни отрицает. В ноябре 1926 г., проснувшись ночью, почувствовал сильную слабость в левой руке и обоих ногах, так что не мог встать на ноги. Правую половину туловища жгло, как огнем. Одновременно он ее воспринимал как чужое, как дерево. Не мог глотать даже жидкости. Голос стал хриплым. Стал хуже видеть. Трудно было смотреть вправо. Была рвота и икота. Глотание улучшилось через

сутки, а остальные явления продолжались около месяца, без изменения, а затем состояние немного улучшилось, и он начал понемногу ходить. За месяц до инсульта у больного были сильные головные боли.

Status praesens. Б-ой среднего роста. Грудная клетка эмфизематозна. Живот большой, напряженный. Кожа, видимые слизистые—норм. Ослабленное дыхание, сухие хрипы. Границы сердца увеличены, как вправо, так и влево; акцент на II тоне, миокардит. Пульс ритмичен, слабого наполнения 80—90 в 1'. Печень увеличена, болезненна. Кишечник N. В моче никаких уклонений, кроме резко выраженного уробилина. Небольшая эозинофилия.

Нервная система. Понижение болевой и температурной чувствительности на лице слева. *Полный паралич левой голосовой связки*, часто поперхивается. *Мягкое нёбо хорошо напрягается с обоих сторон.* Язычок по средней линии и при сокращении поднимается одинаково с обоих сторон. Язык, как во рту, так и при высовывании, отклонен вправо.

Об'ем активных движений конечностей—N. Грубая сила немного ослаблена в обоих нижних конечностях, а также в верхних (больше в пальцах). Походка слегка атактическая, при ходьбе клонит влево. Чувствительность на левой половине туловища и в левых конечностях нормальна. На правой половине туловища и в правых конечностях тактильная и глубокая чувствительность сохранена, болевая и термическая—нарушена. Боль и холод крайне болезненно воспринимаются.

Рефлексы. Все сухожильные рефлексы повышены. Брюшные вяловаты. Патологических нет. Левый корнеальный рефлекс отсутствует. В спинно-мозговой жидкости ничего особенного.

Случай 2-ой. Б-ой Г-г, 24 г. Поступил 6/V—27 г. с жалобами на боль и слабость правых конечностей.

Анамнез. У матери б-го 2 беременности из 9-ти окончились выкидышами. Ходить б-ой начал только к 3 годам, из-за рахита. С 18 лет начал работать. Болел гонорреей, сифилис отрицает. Настоящее заболевание началось в средине февраля 27 г. с чувства окоченения в правых конечностях. В конце февраля упал со штабеля досок высотой в 2 саж. и сломал правую ключицу. Была наложена гипсовая повязка. Через 2 недели после падения б-ой начал лечиться амбулаторно в клинике Нервных болезней и к этому же времени отмечает появление непроизвольных движений в пальцах правой руки и слабость во всей правой руке. Голос стал хриплым, б-ой начал поперхиваться.

Status praesens. Б-ой среднего роста. Грудная клетка рахитическая. Правое плечо ниже левого, медиальный край правой лопатки отстает от позвоночника. Лобные бугры заметно выражены. Границы сердца—N. Тоны чисты. Пульс, кровяное давление—N.

Нервная система. Тепло на лице различает хорошо, а горячее слева хуже. Вкус справа в задней трети языка понижен. Жидкая пища (чай, суп) часто попадает в нос. Голос гнусавый. Глотание затруднено. *Паралич правой половины мягкого нёба, гортани, глотки.* Слизистая правой половины глотки анэстетична. Грубая сила во всей правой верхней конечности ослаблена (динамометр правой руки—20, левой—50). На левой верхней и на обоих нижних конечностях об'ем активных движений и грубая сила—N. Атрофия правых конечностей на 1—1½ сант. Слева по всему туловищу и конечностям гиперальгезия при исследовании крайними температурами. Справа б-ной различает разницу в 1—2° при исследовании средними температурами; слева на туловище и конечностях за исключением кисти руки подобной разницы в температуре не различает. Тактильная и глубокая чувствительность справа понижена.

Рефлексы. Коленные рефлексы—норм. Рефлекс с Ахилловых сухожилий с обоих нижних конечностей слаб, при чем справа он хуже. Брюшные верхние отсутствуют, средние и нижние ослаблены. Патологических нет. Не попадает правой рукой на кончик носа. При стоянии и ходьбе с закрытыми глазами шатает вправо. В правой руке при вытянутом положении имеются постоянные непроизвольные движения пальцев руки атетотического характера. При покое движения более слабы. Сильная потливость, особенно справа. Цианоз рук и ног. Реакция на пилокарпин резко выражена, на адреналин—слабо. Тазовые органы—N. В спинно-мозговой жидкости плеоцитоз 27-3 WaR. в крови слабо-положительная, в спинно-мозговой жидкости отрицательная. Реакция Normomastix подозрительна на специфическое заболевание.

Итак, у 1-го больного имелись альтернирующая гемианэстезия, отсутствие левого корнеального рефлекса, *паралич левой голосовой связки без паралича мягкого нёба*, лятеропульсия влево, икота, рвота, головокружение, атаксия в левой верхней конечности, парез обоих нижних и левой верхней конечностей, повышенные сухожильные рефлексы, отклонение языка вправо, легкое поражение правого нижнего лицевого нерва, некоторые симптомы глазодвигательных нервов справа, миокардит, эмфизема.

Таким образом на почве алкоголизма развился общесосудистый процесс, который поразил лев. art. cerebel post. infer. Очаг в левой половине продолговатого мозга нарушил целость спиноталамического тракта, левого спинального корешка тройничного нерва, ядра левой голосовой связки, область пирамид, супрануклеарные пути к ядру hypoglossus'a.

Следовательно, всю симптоматологию можно об'яснить кровоизлиянием из art. cerebel. post. inferior. Сохранность мягкого нёба говорило-бы в пользу мнения Foix, Hillemand и Schalit о снабжении его ядер другой артерией, т. е. art. fossae lateralis bulbae, которая и осталась неповрежденной в данном случае. Однако, следует иметь в виду и ту возможность, что в начале глотание было расстроено, а в дальнейшем лишь выравнилось.

И у второго б-го, речь идет о синдроме размягчения боковой части продолговатого мозга справа, но с той разницей, что поражена не только голосовая связка, но и мягкое нёбо. Подобная клиническая картина может быть об'яснена или одновременным поражением art. cérebelli post. inf и art. fossae later. bulbae или же по Захарченко, более высоким отхождением art. cerebel. post. infer. Так или иначе без анатомического исследования высказаться решительно в ту или иную сторону нет основания.

РЕФЕРАТЫ

Экспериментальная медицина

Проф. А. В. Палладін. *Підсумки дослідів з біохемії живлення за десять років (1917-1927)*. Навукові записки украінск. біахемічн. інстытуту. (Том II 1927 г.).

Автор делает краткий обзор работ по биохимии питания, выполненных в Укр. Биох. Инст. с 1917 по 1927 г. При изучении пищевых веществ, относительно содержания в них витаминов найдено, что гречневая крупа содержит витамин *B*, но не имеет витаминов *A* и *C*, кроме того, оказалось, что белки этой крупы полноценны. Льняное масло—не содержит витамина А, который найден в льняном семени. (Палладин). Опыты с питанием кукурузой показали неполноценность ее белков, а также полное отсутствие в кукурузе витамина „*C*" и бедность ее витамином „*A*" (Палладин и Кратионова). Изучение влияния различных форм авитаминоза показало, что при цынге изменяется углеводный обмен: появляется сначала гипергликемия, которая затем переходит в гиперглюкемию и соответственно этому сначала повышается, а затем понижается содержание амилаозы крови. Запасы гликогена в печени по мере развития авитаминоза соответственно уменьшаются. Изменения в азотистом обмене при цынге сказываются в появлении креатиндрии. (Палладин, Кудрявцева). В области минерального обмена отмечено, в последний период этого авитаминоза, обеднение крови кальцием. Синтетические процессы при цынге нарушаются частично; так синтез гиппуровой кислоты понижен (Палладин, Цуверкалив), а синтез ментол-глюкуроновой кислоты не нарушается. (Винокуров). Влияние на углеводный обмен одинаково, как при цынге, вызванной щелочной, так и—вызванной кислой пищей (Палладин, Утевский), но морские свинки, получавшие щелочную пищу, были более чувствительны к впрыскиванию инсулина (сильная гиперглюкемия).

Окисление фенола как эндогенного, так и впрыснутого при цынге, не изменяется, только отмечается некоторое уменьшение синтеза парных эфиро-серных кислот (Фердман). При отсутствии в пище витаминов *A*, *B* и *C* наблюдаются такие-же изменения в углеводном обмене, как и при цынге, но крэатинурии не появляется (Палладин, Утевский, Фердман). Эта картина не изменялась, если у опытных кроликов удалялась щитовидная железа, только такие животные оказались более выносливыми к полному авитаминозу. При полиневрите отмечено увеличение креатина в мышцах (Кудрявцева) и в мозгу (Любарская) в отличие от цынги, при которой отмечено увеличение креатина только в мышцах (Палладин, Кудрявцева), а в мозгу количество креатина остается без изменения (Палладин, Саврончь).

Опытами Палладина и Фердмана установлено также, что при кислой, богатой анионами, пище окисление и синтез фенола у кроликов происходят лучше, чем при пище щелочной—богатой катионами (бурак, картофель, морковь).

Д-р Л. Таранович

Глазные болезни

Д-р M. F. R. Essed и M. Soewarno (Ява). *„Ueber Experimental myopie Aften". (Об экспериментальной миопии у обезьян).* Klinische Monatsbläfter für Angenheilkunde. Том 80. I кн. 1928 г. стр. 56.

Авторы в начале своей работы напоминают об экспериментах Zevinsohn'а, поставленных 14 лет назад над обезьянами, в результате чего он создал свою теорию происхождения миопии, — так наз. „Schwerkraftstheorie".

Авторы поставили те же опыты на обезьянах в 1924 году, но не получили положительных результатов, как выяснилось потом, из-за технических неточностей и слишком большого возраста обезьян.

В 1926 году такие же опыты были поставлены авторами на 10 обезьянах в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, продолжительность наблюдения до 1½ лет. Техника эксперимента заключается в том, что обезьяны помещались в специальные ящики, при чем приданное им положение заставляло обезьян в продолжение многих часов смотреть вниз. В результате этих экспериментов авторы почти во всех случаях получили миопию и, таким образом, подтвердили теорию Levinson'а.

A. W. Mulock Houwer (Амстердам). *Keratitis Silafentosa. und chronische Arthritis. (Keratitis filamentosa и хронический артрит)* Klin Moutsbl. f. Aug. T. 80 книжка I 1928 г.

Автор описывает 10 случаев редкого заболевания—keratitis filamentasa, который впервые был описан Leber'ом в 1882 г., и который исчез из литературы после 1910 года.

Болезнь эта двусторонняя, начинается постепенно, течение хроническое; заключается в набухании эпителия, гиалиновом его перерождении и благодаря движению век свернутому в отдельные ниши—волокна. Эти волокна могут находиться по всей поверхности роговицы, центральная же часть обычно остается свободной; нижний сегмент наиболее поражен. Visus остается хорошим. Наиболее часто бывает в зрелом возрасте и глубокой старости. До настоящего времени ни один случай не излечен.

Некоторые авторы отличают первичный и вторичный keratitis filamentasa.

Автор полагает, что первичных не существует: причина—незаметно прошедший herpes. Среди 12 случаев keratitis filamentasa (10 собственных и 2 заимствованных из литературы) в 8 был несомненно Arthritis и в 2 сомнительны.

Возможна связь с ревматизмом, но утверждать трудно.

М. Дворжец

Ото рино-ляринголопия

Karbowski *„Uber das pakadoxale symptom nach Gordon und seine Bedentung in der Oto-Rhino-Laryngologie". „О значении симптома (Gor) Gordon'а в ото рино-ляринголоuи.* (Polski Przeglo'd, Oto-laryngologizny Bd-III; H—¾.

В то время, как Babinski является признаком уже развившегося заболевания двигательных пирамидных путей—икроножный симптом Gordon'а—указывает нам на начинающиеся паратические явления этих областей и, вследствие этого, может быть использован для диагностики начинающихся ушных осложнений. Goldflam, интересовавшийся этим вопросом, осветил его в совершенно новом свете. Он

утверждает, что Gordon ни в коем случае не может быть отожествляем с Babinsk'им, ибо он не имеет никакого отношения к заболеваниям пирамидных путей. Он является исключительно спутником гиперестезии, которая столь характерна для состояния раздражения менингеальных оболочек. Во всяком случае он не—спинальный рефлекс. Это сказывается в том, что 1) в противоположность рефлексам, он возникает не урывками, а держится во все время исследования, а иногда и дольше; 2) что он—не постоянен; 3) что при повторении опыта—он в значительной степени зависим от воли исследуемого; 4) что часто мы можем его получить при заболеваниях кожи и периоста голени. С этой точки зрения он является весьма ценным и чувствительным симптомом начинающегося раздражения менингов. Он был использован автором в значительном числе случаев раннего распознавания внутричерепных отогенных осложнений, а также для правильной и своевременной постановки показаний к лабиринтэктомии.

Brüggemann. *„Die Behandlung der Stirhöhleneiterung". О лечении фронтитов".* (Zeitchr. f. Laryngologie Bd.—XIV; H 4—5).

Исходя из явно выраженной склонности острых синузитов к излечению, автор рекомендует также и при острых фронтитах строго консервативное лечение (постельный покой, потогонные средства, головные световые ванны, ингаляции эмской солью или эфирными маслами). Всякое местное медикаментозное лечение (Cocain-Adrenalin'овые смазывания, отсасывание секрета, промывания) автором вначале лечения совершенно отвергается. Точно также автор высказывается против практикуемых в остром периоде резекций переднего конца средней раковины или субмукозной резекции перегородки. При резко выраженных застойных явлениях с вовлечением в процесс соседних частей (как содержимое арбиты) автор предпочитает радикальное вскрытие пазухи снаружи. При хронических фронтитах точно также на первое место должно быть поставлено правильное и систематически проводимое консервативное лечение в виде промываний лобной пазухи, которые, по данным автора, в 90% достигают хороших результатов. Для успешного выполнения их, в некоторых случаях, необходимы предварительные эндонозальные операции: субмукозная резекция перегородки, резекция или люксация переднего конца средней раковины, выскабливание предлежащих клеток решетчатого лабиринта, резекция proces. uncinati. И только в случае безуспешности консервативного лечения, или при развитии весьма серьезных, угрожающих внутричерепных осложнений, показана радикальная операция.

Sargnon und Monnier-Kuhn *„Vorlänfige Bermerkungen zum studium des Naso-facialen Reflexes". „О назо-фациальном рефлексе"* (Archiv Internat de Laryngol usw. Iuni 1927).

Назо-фациальный рефлекс заключается в слёзотечении и гиперемии кон'юнктив и кожи лица (и замедлении пульса) после раздражения слизистой носа. Исследователи интересовались вопросом, вызывают ли раздражения симпатических узлов слизистой носа циркулярные расстройства в сетчатке, которые могли бы раз'яснить непонятные, подчас загадочные влияния оперативных вмешательств в носу на заболевания глаз, как напр. ретробульбарный неврит. Экспериментальное раздражение слизистой носа достигалось дотрагиванием ватным тампончиком, смоченным в растворе Adrenalin'a, к переднему и заднему концу средней раковины. Многочисленные исследования на здоровых и больных дали весьма разноречивые результаты: артериальное дав-

ление в сетчатке в иных случаях повышалось, в других, наоборот, понижалось; при чем это изменение давления, и связанное с ним сужение или расширение сосудов, было весьма непродолжительно (от 10—40 секунд). Следовательно эти циркуляторные расстройства нельзя, конечно, считать причиной тех, иногда весьма продолжительных, изменений в глазу, которые приходится нередко наблюдать после эндоназального вмешательства, как напр. после удаления заднего конца средней раковины.

Д-р А. Цукерман

Кожные болезни

P. Noël. *Красная волчанка у черных рас.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, № 5, май 1928, стр. 372-377.

Эта болезнь—настоящая редкость среди цветных рас, особенно черных. Установить точно причины этой редкости еще не удалось, т-к они очень сложны. Автор наблюдал у одной индусски, 30 лет, редкий случай кожного заболевания, которое развилось у нее 6 месяцев тому назад. Оно состояло из атрофических, склерозных бляшек, бледно-розового оттенка, покрытых желтоватой и черноватой чешуйкой, с большим гиперкератозом. На многих участках тела разбросаны акромические пятна, с гиперкератозом. Внутренние органы нормальны. Зуд слабый. Больничное лечение углекислым снегом улучшило б-ую, но она ушла из больницы, до наступления полного излечения.

R. Abimélech (Константинополь). *Аутоктонный случай кожного лейшманиоза в Константинополе.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, № 3, март 1928, стр. 168-174.

Вокруг Константинополя находятся много очагов лейшманиоза. В Турции самыми частыми формами являются множественные кожные, большей частью язвенные, импетигинозные. Болезнь прививается как окружающим, так и носителю. У автора подробно описывается история болезни 3 случаев у 2-х сестер и одной кузины. Две б-ые заразились кожным лейшманиозом во время пребывания в одной из местностей, пораженной этой болезнью. Но третья б-я, сестра одной из 2 первых, никогда не выезжавшая из Константинополя, имела типичный кожный лейшманиоз, где найдены были паразиты. Правда, она спала и соприкасалась с сестрой ее, также кузиной. Это первый аутокзонный случай кожного лейшманиоза в Константинополе.

Clémenst Simon et Ch. Garnier. *Об эмбриологическом происхождении пигментного родимого пятна промежности.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, № 3, март 1928, стр. 163-167.

Авторы наблюдали редкий случай пигментного родимого пятна в области промежности, вульвы и заднего прохода. Они пытались об‘яснить эту локализацию распределением нервов или кровеносных сосудов, но это не могло быть обосновано, т-к в этой области несколько разных нервов и разные сосуды. Зато об‘яснение с эмбриологической точки зрения вполне научно и правильно. Эта область есть нижний полюс зародыша, где мезодерма вставлена между экто и эндодермой. Эта область трещины особенно предрасположена к разным порокам развития, т-к там происходят много разных изменений, т-к мезодермизация совершается в самом конце. Наблюдавшееся родимое пятно и есть один из недостатков зародышевого развития, по мнению авторов.

S. Neumark и A. Krynski (Лодзь). *О лечении плоского лишая радиотерапией спинного мозга и симпатических ганглиев.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, № 3, март, 1928, стр. 175-192.

Авторы лечили 8 случаев lichen planus кожи и слизистых облучением спинного мозга и симпатических ганглиев. Среди 8 случаев были и комбинации с lichen corneus и verrucosus hypertrophicus. Способ основан на теории нервного происхождения плоского лишая. Авторы имели 3 полных излечения, 3 улучшения и 2 неудачи, относящиеся к роговому и бородавчатому виду плоского лишая. Одновременно пропадал liche на слизистых. Легкие и подострые случаи легче поддаются излечению, чем хронические. Нижняя часть тела трудно излечивается этим способом. Сыпь исчезает после зуда, который легче и скорее излечивается. В виду медленных результатов, не надо падать духом и продолжать лечение довольно долго.

W. Dubrenilh. *Прогрессивный дерматоз пигментный Шамберга.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, № 5, май, 1928, стр. 337-342.

Из литературы видно, что эта болезнь почти все время была наблюдаема в Америке или Англии. Автор наблюдал эту редкую болезнь и во Франции, но не придавал ей особенного значения. Теперь же он публикует 4 случая этой редкой кожной болезни, у 2 мужчин и 2 женщин. Локализация болезни наблюдается на передней стороне ног. Дерматоз представлен красными, безболезненными точками, цвета кайенского перца, сливающихся друг с другом, хроническими и неизлечивающимися никогда. Этиология неизвестна. Болезнь Шамберга смешивается с ползучей ангиомой Hutchinson'a и с purpura annularis télangiectodes Majocchi. Гистология показывает, что эпидерм нормален, но что с. кожа инфильтрирована, особенно вокруг потовых желез веретенообразными, ветвистыми клетками, лимфоцитами, полинуклеарами, плазматическими и эпителиоидными клетками. Сосуды расширены. Пигмент железистый. находится вне и внутри клеток старых элементов, но не молодых.

P. Noel. *Чешуйчатый лишай у чернокожего.* Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1928, январь № 1.

Основываясь на литературных данных, автор приходит к заключению, что псориаз у чернокожих настолько редок, что многие дерматологи его совершенно отрицают. Все же несколько достоверных случаев описаны. Автор нашел всего лишь один случай за долгое время пребывания в Африке в качестве колониального врача. Речь идет об одном кули, 58 лет, заболевшем год тому назад и у которого чешуйчатый лишай распространен по всему телу—конечностям, волосистой части головы и лицу. Сильный зуд. Суставы нормальны. Внутренние органы в порядке. Сифилисом никогда не болел.

Д-р *С. А. Берман*

КОРРЕСПОНДЕНЦИИ И ОТЧЕТЫ

XI Усесаюзны Зьезд бактэрыолёгаў, эпідэміолёгаў і санітарных дактароў

З 21 па 28 мая ў Ленінградзе адбыўся XI Усесаюзны Зьезд бактэрыолёгаў, эпідэміолёгаў і санітарных дактароў. На Зьезьдзе ўдзельнічала 1.481 дэлегат, ад БССР у гэтым ліку 52. У працы Зьезду, апрача санітарных работнікаў, прымалі ўдзел прадстаўнікі іншых арганізацый і ўстаноў, прадстаўнікі НКЗ'ем., Камунальнае Гаспадаркі, каапэрацыйных арганізацый, вэтэрынарыі, НКП, Дзяржпляну (РСФСР) і інш. Удзел іншых (не санітарных) прадстаўнікоў сьведчыць аб тым, што санітарная справа, санітарнае аздараўленьне працы і быту адбіваецца і мае шчыльную сувязь з усімі галінамі савецкага будаўніцтва, што і было вызначана ў дакладах і спрэчках па розных пытаньнях, якія мелі месца на гэтым зьезьдзе. Работнікамі НКАЗ і Унівэрсытэту БССР на Зьезьдзе зроблена 10 дакладаў, пераважна навуковага зьместу.

Пытаньні аб эпідэміолёгіі і змаганьні з эпідэміямі хоць і займалі досыць значнае месца ў працы Зьезду, але не зьяўляюцца ўжо такімі вострымі, як на мінулых і мелі больш навуковы зьмест. Аснаўнымі пытаньнямі на гэты раз у працы Зьезду зьяўляліся: брушны тыфус, шкарлятына, прышчэпкі супроць сухотаў, воспа, чума і трасца. Асабліва цікавымі былі даклады, а таксама і спрэчкі па пытаньнях прышчэпкі супроць сухотаў і шкарлятыны. За апошні час навука па гэтых пытаньнях як у СССР, так і за межай значна пасунулася ўперад. Агульнае зьніжэньне эпідэмічнасьці ў апошні час мы маем дзякуючы шпаркаму разьвіцьцю навуковае дзейнасьці ў гэтых адносінах і на аснове навукі—ужываньню практычных мерапрыемстваў аздараўленьня працоўных ва ўсёй сыстэме савецкага будаўніцтва.

Большая ўвага ў працы Зьезду ўдзялялася агульна-аздаравіцельным пытаньням. Галоўнымі з іх зьяўляліся: пытаньні прафгігіены, пытаньні грамадзкага харчаваньня і пытаньні па асобных прадуктах харчаваньня (хлеб, масла, штучнае масла „маргарын", малако і інш.), пытаньні камунальнага дабрабыту і кватэрнага будаўніцтва як гарадоў, так і вёсак (пляноўка і будаўніцтва гарадоў, вёскі і рабочых пасёлкаў, санітарнае ўпарадкаваньне іх, удаленьне нячыстот і адкідаў, водазабясьпека, рынкі, грамадзкія плошчы і інш.). З арганізацыйных пытаньняў—пяцігадовы плян разьвіцьця санітарнае справы ў сувязі з вызначаным плянам разьвіцьця народнае гаспадаркі і санітарнымі патрэбамі асобных рэспублік.

Апрача гэтага абгаворана шэраг іншых пытаньняў: па санітарнай статыстыцы, сан. асьвеце, алкагалізму, арганізацыйныя формы прамыслова-санітарнага нагляду і інш.

Надзвычайна цікавымі былі як з навуковага, так і практычнага боку даклады па прафгігіене. У пяршыню так шырока і ўсебакова на падобных Зьездах пастаўлены гэты пытаньні. Прычым важна яшчэ тое, што навука зараз па гэтых пытаньнях шчыльна ўвязана з жыцьцём і аснаўнымі задачамі савецкае ўлады ў разьвіцьці народнае гаспадаркі—індустрыялізацыя яе.

Побач з вывучэньнем уплыву на здароўе працоўных асобных відаў вытворчасьці і шкоднасьцяй у ёй і ўжываньня практычных профіляктычных (папярэджальных) мерапрыемстваў, зроблена вялікая праца і надалей вядзецца па вывучэньні ўплыву 7-мі гадзіннага працоўнага дню на прадукцыйнасьць вытворчасьці і здароўе рабочых, па пытаньнях рацыяналізацыі вытворчасьці ў кірунку радыкальнага аздараўленьня ўмоў працы і г. д. Адзначана, што пры 7-мі гадзінным працоўным дні і пры рацыянальнай пастаноўцы вытворчасьці павялічваецца прадукцыйнасьць вытворчасьці і больш захоўваецца здароўе і працаздольнасьць рабочых. Досыць значна пасунулася справа па вывучэньні і практычнаму ўжываньню мэтада прафадбору, што таксама мае вялікае значэньне для павялічэньня прадукцыйнасьці вытворчасьці і зьмяншэньня траўматызму (калецтва) у ёй. Побач з вывучэньнем санітарных умоў прамысловасьці і ўплыў яе на здароўе рабочых у некаторых месцах нашага Саюзу вядзецца вывучэньне ўмоў—сельскагаспадарчае працы і ўплыву яе на здароўе, у выніку чаго вызначаецца шэраг практычных аздаравіцельных мерапрыемстваў у гэтых адносінах. Наогул у апошнія часы санітарнымі органамі НКАЗ у галіне прафгігіены і прамысловае санітарыі з навуковага боку шмат зроблена, на аснове чаго органамі НКАЗ разам з гаспадарчымі органамі і прафэсыйнымі організацыямі ўжыта шэраг практычных мерапрыемстваў аздараўленьня ўмоў працы.

Па арганізацыйнаму пытаньню прамыслова-санітарнага нагляду Зьезд у большасьці выказаўся за далучэньне санітарнае інспэкцыі Нар. Кам. Працы ў склад санітарнае арганізацыі НКАЗ. У агуле колькасна і якасна сан. арганізацыя органаў НКАЗ з сваімі навуковымі ўстановамі значна мацней за санітарнае інспэкцыі Н. К. Працы. Вопыт Украіны ў адносінах організацыі прамыслова-санітарнага нагляду па лініі НКАЗ паказаў сваю жыцьцёвасьць і мэтазгоднасьць. Спрэчкі па гэтым пытаньні паміж Сан. Інсп. Н. К. П. і Сан. організацыяй НКАЗ былі надзвычайна гарачыя. Сан. Інспэкцыя пад свае пазыцыі не змагла падвесьці грунтоўнае падставы.

Па справе харчовага рынку і грамадзкага харчаваньня Зьезд адзначыў, што хоць зараз і ёсьць дасягненьні ў гэтых адносінах, але санітарнае становішча месц вытворчасьці і якасьць харчовых продуктаў яшчэ нездавальняючы, асабліва гэта датыча грамадзкага харчаваньня.

З боку гаспадарчых і каапэрацыйных організацый трэба зьвярнуць большую ўвагу на палепшаньне якасьці прадукцыі і санітарнае аздараўленьне ўмоў вытворчасьці і гандлю, на правільную пастаноўку і разьвіцьцё грамадзкага харчаваньня. Асобна адзначана нездавальняючае санітарнае становішча і абсталяваньне боен, што адбіваецца на якасьці мясных прадуктаў і на правільнай утылізацыі (скарыстоўваньні) боенскіх адкідаў. Зьездам вызначана шэраг прапазыцый, якія павінны быць пакладзены ў аснову мерапрыемстваў па палепшаньні боенскае справы: узмацненьне санітарнага нагляду, пашырэньне новага будаўніцтва, палепшаньне абсталяваньня, мэханізацыя, уцілізацыя боенскіх адкідаў, удаленьне нячыстот і г. д. У першую чаргу гэтыя мерапрыемствы датычаць больш буйных гарадоў. Закрануты былі пытаньні аб узаемаадносінах між Сан. організацыяй НКАЗ і Вэтарганізаціяй.

Мала ўдзяляецца ўвагі дабрабыту харчовых рынкаў, з чым зьвязана захаваньне якасьці продуктаў. Асаблівую ўвагу Зьезд зварочвае на арганізаванае снабжэньне буйна-залюдненых цэнтраў малаком і на хлебапякарную справу. Санітарнае вывучэньне малочнага рынку і хлебапякарнае справы і якасьці гэтых продуктаў падкрэсьліваюць, што аздараўленьне магчыма толькі арганізаваным шляхам праз каапэрацыю.

Зьезд катэгарычна выказаўся супроць вытворчасьці маргарыну (штучнага масла з жывёльнага, ці расьліннага жыру). Для гэтага, ня кажучы ўжо аб адмоўнасьці з санітарнага боку, няма ніякае эканамічнае падставы. Зьезд выказаўся за ўзмацненьне санітарна-харчовага кантролю, вывучэньне якасьці харчовых продуктаў і ўстанаўленьне стандартаў іх.

Па справе кватэрнага будаўніцтва і дабрабыту залюдненых месц адзначаецца, што ў апошнія гады гэтыя галіны савецкага будаўніцтва значна ўзрасьлі, але ня гледзячы на гэта кватэрны крызыс застаецца значным і санітарнае становішча залюдненых месц яшчэ нездавальняючае. Асаблівую ўвагу Зьезд зварочвае на пляноўку, упарадкаваньне і наладжаньне справы ачысткі гарадоў, на рабочае жылбудаўніцтва, а таксама на санітарнае ўпарадкаваньне вёскі. Ненармальным зьявішчам Зьезд лічыць, калі камунальныя органы і органы НКЗем адарваны ў сваёй дзейнасьці ў гэтых галінах агульна-аздаравіцельных мерапрыемстваў ад санітарных органаў. У дакладах і спрэчках адзначана шэраг санітарных хібаў ў кватэрным будаўніцтве, нават не зьвязаных з лішнімі выдаткамі, што бязумоўна адбіваецца на санітарным дабрабыце кватэрных умоў.

Цікавы быў даклад аб алкагалізьме, які выклікаў вялікія спрэчкі. Ужываньне сьпірытусовых напіткаў, ня лічачы самагону (немагчыма выявіць), з кожным годам расьце. Так, з 9.600.000 літраў у 1923-24 г. па СССР у бягучым 1927-28 г. узрасло да 480.000.000 літраў. Адзначаецца распаўсюджанасьць алкаголя сярод жанчын і дзяцей. Разам з павялічэньнем ўжываньня алкагольных напіткаў узрасьлі прагулы, няшчасныя выпадкі на прадпрыемствах, злачынствы, хваравітасьць і г. д. Зьезд вызначыў шэраг мер, якія могуць дапамагчы ў змаганьні з алкагалізмам. Аснаўнымі з іх зьяўляюцца: 1) арганізацыя ў буйных прамысловых цэнтрах спэцыяльных лячэбна-профілактычных устаноў па змаганьні з алкагалізмам, 2) правільная пастаноўка грамадзкага харчаваньня, 3) змаганьне з самагонам, 4) падняць культурную і санітарна-асьветную працу сярод рабочых і сялян і інш. Зьезд падкрэсьліў важнасьць пастановы аб стабілізацыі выпуску гарэлкі.

Па лініі арганізацыйнай Зьезд высоўвае неабходнасьць далейшага росту санітарнае сеці, палепшаньне якасьці яе і падрыхтоўку адпаведнага кадру работнікаў.

Ясна і чотка арганізацыйнае пытаньне было пастаўлена БССР.

Апрача вышэйадзначанага на Зьезьдзе было шмат іншых характарызуючых сабой навуковыя дасягненьні і практычныя мерапрыемствы ў справе аздараўленьня працоўных.

Пад'агульваючы ўсё разам, трэба адзначыць, што ня гледзячы на ўсе труднасьці эканамічнага характару санітарная справа ва ўсёй сыстэме савецкага будаўніцтва расьце і шырыцца, і што гэта дае відавочнае аздараўленьне ўмоў працы і быту працоўных і ажыцьцяўленьне лёзунгаў культурнае рэвалюцыі, на што Зьезд зварочвае асаблівую ўвагу ў далейшай дзейнасьці санітарных работнікаў на мясцох.

З адмоўнага боку ў працы Зьезду трэба лічыць—перагружанасьць дакладамі і шмат сэкцый, а таксама нездавальняючую арганізацыйную падрыхтоўку. Перагружанасьць Зьезду дакладамі і шмат сэкцый адбіваецца на больш глыбокім і ўсебаковым абмеркаваньні асноўных пытаньняў і нявыгодна для ўдзельнікаў Зьезду, асабліва для перэферычных работнікаў, якія ў роўнай меры зацікаўлены ў працы амаль усіх сэкцый. Гэта трэба мець на ўвазе Аргбюро пры падрыхтоўцы наступнага Зьезду.

З. Магілеўчык

Десятый С'езд Терапевтов СССР

(г. Ленинград)

На с'езде присутствовало 1387 делегатов, из них из БССР 42, в том числе из Минска 12. Первый день с'езда был посвящен физиологии и патологии кровообращения. Программный доклад касался одной из важнейших проблем этого вопроса—периферическому артериальному сердцу. Идея периферического сердца принадлежит покойному академику М. В. Яновскому. По его теории вся артериальная система путем ритмических сокращений своей мускулатуры, возникающих как местная реакция каждого данного участка артерии в ответ на растяжение идущей от сердца пульсовой волны, принимает активное участие в дальнейшем продвижении крови. Ритмические сокращения происходят как бы волнообразно, перистальтически по всей длине сосуда. Таким образом артериальная система рассматривается, как бы за второе (периферическое) сердце, которое вместе с центральным сердцем принимает участие в продвижении крови. Теория академика М. В. Яновского базируется на ряде клинических явлений и на некоторых филогенетических данных. Известно, что у низших животных, у червей, неимеющих сердца, кровь продвигается вследствие перистальтических сокращений сосудов. Экспериментальных исследований по данному вопросу очень мало; имеющиеся не доказывают, но и не опровергают этой теории. Малочисленность и неубедительность экспериментальных данных в пользу периферического сердца зависит от целого комплекса систем органов. Защитником теории периферического сердца выступил ученик Яновского проф. Куршаков, приведший ряд наблюдений и исследований из его клиники (Воронеж). Докладчик, убежденный в несомненности артериальной активности благодаря ритмическому сокращению своей мускулатуры, рекомендует в дополнение к учению о сосудистом тонусе пользоваться этой теорией для ясного и единообразного об'яснения сложных гемодинамических картин. Проф. Ланг и его школа в течение 4-х лет проверяли наблюдения Яновского и пришли к выводу, что достаточных оснований для признания периферического сердца нет. Сокращения сосуда возможны, имеются также колебания тонуса сосудов, но, по его мнению, активного участия в продвижении крови сосуды не принимают. Проф. Ланг считает эту теорию преждевременной, недоказанной, а терминологию „периферическое сердце"—не подходящей. На с'езде этот вопрос не получил окончательного и ясного разрешения; прения разделили участников на сторонников обоих сторон, делегаты в большинстве склонны были отнести себя пока к колеблющимся. Повидимому, этот вопрос будет предметом дальнейших клинических и экспериментальных изучений и освещения как в печати, так и на с'ездах.

Плетнев и Хесин сообщили о лечении грудной жабы. На том основании, что у лиц, страдавших грудной жабой, найдены гистологические изменения в межпозвоночных узлах, применялись при ее лечении ин'екции спирта или новокаина. В некоторых случаях получены

весьма благоприятные результаты (прекращение приступов и уменьшение болей); в других случаях ин'екции, наоборот, вызывали боли и даже ангинозный припадок. Проф. Плетнев склонен видеть раздражающий для грудной жабы фактор не только в самом сердце, но и вне его, именно в межпозвоночных узлах. Проф. Гессе сообщает, что из 8-ми случаев оперативного вмешательства в 4-х приступы не повторяются в течение 2-х лет. Участвующие в прениях высказались в том отношении, что так называемая „химическая хирургия" и оперативное вмешательство при грудной жабе допустимы, но в исключительных случаях.

Прив.-доц. Мандельштам представил на с'езде материал по изучению каротидного и глазного рефлексов на сердце с применением электро-кардиографа и других приборов. Материал охватывает около 500 случаев с разной патологиею сердца и здоровых различной конституции и т. д.

Проф. Губергриц в своем сообщении о прибавочных и раздвоенных тонах сердца передает учение Образцова о нормальном трехчленном ритме сердца, который яснее всего выслушивается методом непосредственной аускультации. Некоторые западные кардиологи склонны в настоящий момент с этим согласиться, приписывая зубцу Т—выражение третьего тона. Ритм галопа же отличается от нормальной мелодии сердца не количеством тонов, а лишь их характером. Совсем особо стоит патогенез и клиническое значение раздвоенных тонов сердца.

В своем сообщении о лечении злокачественного малокровия д-р Этингер касается успешных результатов печеночной терапии у десяти больных из 11-ти случаев. Печень давалась в сыром, вареном и поджаренном виде. Для благоприятного эффекта требуется длительное без чередования применение печеночной диеты; перерывы и чередования вызывают „тоску по печени". По его литературному материалу на 2000 случаев лишь в 20-ти отмечены неопределенные результаты. В результате лечения улучшается картина крови, общее состояние, с самого начала лечения появляются в крови ретикулоциты, которые потом исчезают. Механизм действия печ. диэты до сих пор неизвестен. Настоящая терапия—не есть каузальная, что однако не должно умалять громадного ее практического значения. Действие „печеночной диэты" при вторичных анемиях не доказано, проблематично.

Вторым программным вопросом был висцеральный сифилис. Перенесенная война имела своим последствием учащение случаев сифилиса внутренних органов, дающего крайне разнообразную подчас трудно поддающуюся распознаванию картину заболевания. Во время войны заболевания сифилисом дали значительный под'ем; большинство больных не могло получить правильного и полного излечения, ограничиваясь исчезновением кожных проявлений, не обезопасив внутренние органы и нервную систему от поражения. О сифилисе почек прочел программный доклад проф. Яновский (Киев). Различаются три формы люэса почек: наследственная, гуммозная и сифилитический нефроз. Диагностика сифилитических поражений почек крайно затруднительна. В сомнительных случаях необходимо лечить иодом, который, помогая при сифилисе, не вредит при других заболеваниях. Сифилитический нефроз бывает на 6-ом месяце болезни, иногда на 2-ом году, позже—очень редко. При нем замечаются резкие колебания количества белка в моче. В связи с огромной потерей белка рекомендуется восполнять белковой нераздражающей диэтой. Сифилис печени по материалам докл. проф. Виноградова встречается часто, но распознавание его очень затруднено; ex juvantibus порой не облегчает решение вопроса. Сравни-

тельная частота сифилиса печени зависит от богатства печени сосудами, которые вообще поражаются сифилитическим вирусом и его ядом очень рано и довольно интенсивно. Для сифилитических поражений желудка (язвы, гастрит, гуммы и др.) докладчик проф. Гаусман (Минск) считает характерным падение кислотности секреции, тезис, выставленный им в 1910 г. на 2-м с'езде. В его и других авторов случаях с гиперсекрецией дело шло о сифилитических поражениях вне-желудка и о ретроперитонеальных гуммозных опухолях. Методичная, глубокая, скользящая пальпация, определяющая положение большой кривизны либо вне опухоли, либо впереди выводит из затруднения. Авторы, находившие сифилитические опухоли с Normoet hyperaci ditas пали жертвой заблуждения, не владея методикой пальпации, принимая таковые за опухоли желудка; рентген принимал забрюшинные опухоли, лежащие сзади желудка за ca ventriculi, потому что желудок придавлен опухолью, обусловливая на экране дефект наполнения. Сифилис желудка бывает уже в раннем периоде, гастриты—нередкое явление при всех стадиях, гуммы, гуммозные язвы и гиперпластические формы не так уже часты.

Проф. Лукомский находил при ранних проявлениях сифилиса функциональные и анатомические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Третьим программным вопросом было лечение Базедовой болезни. Проф. Щервинский останавливается на психическом, гигиеническом, диэтическом физическом. органотерапевтическом, иодистом, рентгеновском и оперативном факторах лечения Базедовой болезни. Больных нужно отправлять в деревню, а не на курорт, где больные лишаются самого необходимого — покоя. Пища должна быть лишена мясных и др. раздражающих блюд. Из физических методов полезны: гальванизация, водолечение, диатермия и горный воздух. Гелиотерапия чрезвычайно вредна; под влиянием солнечных ванн у лиц предрасположенных могут появиться явления Базедовизма. Помимо органотерапии (антитиреидин) в известных случаях действует прием внутрь иода. Рентгеновское освещение и оперативное вмешательство нужно применять тогда, когда все терапевтические мероприятия не достигают результатов предварительно рентгенотерапия, потом оперативное вмешательство. Професс. Мартынов, Оппель и Петров считают, что, в первую очередь, после безуспешного внутреннего лечения больной должен быть оперирован, и только в тех случаях, когда операция почему-либо противопоказана, подвергнуть рентгенизации. Рентгеновское освещение делает операцию затруднительной и более сложной, более опасной для больного. На защиту рентгенотерапии до оперативного вмешательства выступили в прениях пр. пр. Кончаловский и Зеленин. По материалам проф. Мартынова благоприятный эффект оперативного лечения достигнут в 80% случаев, несмотря на то, что хирургам передаются уже тяжелые случаи. Голос хирургов к терапевтам: не медлить с передачей больного хирургу, как только исчерпаны все средства внутреннего лечения. Сельский врач Махов рекомендовал на основе своих наблюдений лечить больных Базедовой болезнью ношением янтарного ожерелья. Проф. Щервинский склонен благоприятный эффект в случае д-ра Махова скорей отнести за счет психотерапии, ибо он наблюдал случаи усиления Базедовой болезни, несмотря на длительное ношение янтарного ожерелья.

Из вне программных вопросов я считаю необходимым отметить лишь некоторые. Проф. Аринкин сообщил о результатах прижизненного исследования костного мозга при различных заболеваниях внут-

ренних органов. В костном мозгу удается уловить изменения тогда, когда в периферической крови никаких изменений обнаружить нельзя. Это исследование приобретает, по его мнению, большое практическое значение для точной диагностики малярии, заболевания крови и кроветворных органов. Почти в 100% хронических маляриков в пунктате можно обнаружить плязмодии. Прив.-доц. Лисициным разработан простой, безопасный способ добывания костного мозга при местном обезболивании: у взрослых в грудину, у детей во внутренний мыщелок большеберцовой кости голени.

Проф. Кончаловский остановил внимание с‘езда на клинической характеристике гепато-лиенального синдрома. Анатомо-морфологический принцип, положенный в основу старой классификации циррозов (Hanot, Zaeппес, Banti), не об‘ясняет патогенеза и этиологии этих сложных процессов. Встречающиеся формы циррозов не укладываются в рамки „традиционных“ форм, ибо преобладают смешанные с асцитом, желтухой, анемией и др. Гепато-лиенальный синдром рассматривается, как системное заболевание с различными клиническими проявлениями. Проф. Крылов останавливается на различных клинических формах хрониосепсиса: сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной печеночной, почечной, эндокринной и т. д.

Д-р Гельман доложил о результатах работ профинститута имени Обуха за 2 года по изучению реакции рабочего организма на различные моменты трудовой обстановки. Изучение велось в отношении гемодинамической системы, гидросолевого баланса, морфологических и биохимических изменений крови и т. д. Изучение обнаружило значительные колебания иногда далеко за пределы физиологических возможностей органов. Эти колебания влекут за собой функциональные нарушения органов и безусловно лежат в основе последующих глубоких функциональных и анатомических изменений последних у соответствующих групп рабочих. С другой стороны проф. Черноруцкий в своем докладе останавливается на роли конституции в течение хронич. заболеваний. Последнее безусловно зависит от тех или иных аномалий в строении организма resp. от той почвы, на которой действуют инфекционные начала и хронические токсикозы. При лечении, особенно курортном, этот фактор должен быть безусловно учтен. Курортные больные по преимуществу хроники, ибо в острых случаях кур. лечение противопоказано. При направлении на курорт диагноз заболевания должен быть дополнен диагнозом больного, определяющим его конституцию. Лечить надлежит не болезнь, а больного. Астеник хотя бы с желудочно-кишечным заболеванием не подходящ для Ессентуки, куда надлежит направлять пикников.

В заключительном заседании участвовал в работах с‘езда тов. Семашко, высказавший свое мнение, что терапевтический с‘езд осветил многие вопросы, имеющие исключительную ценность и важность в практической жизни.

Следующий 11-ый с‘езд намечен через 2 года в Москве со следующими програм. вопросами: 1) ревматизм, 2) хронич. нетуб. забол. легких, 3) антагонисты туберкулеза и 4) геморрагический диатез.

Я. Е. Шапиро

Отчет о деятельности хирургического отделения Мозырской окружной больницы за 1926 и 1927 г. г.

Существующие способы учета работы районных и окружных больниц в виде официальных отчетов и последующих статистических сводок не дают почти никакого представления о характере, качестве и даже о количестве проделанной работы. Они представляют сведения, главным образом, о движении больных, годных лишь для суждения о росте числа коек, о степени их заполнения, о социальном составе больных и о других общих сторонах деятельности. Доклады на республиканских, окружных и профессиональных с'ездах и конференциях о постановке лечебного дела базируются лишь на общих цифрах, весьма скудной официальной статистики, почему и выводы из этих цифр слишком общи и не дают ясной конкретной картины постановки стационарной помощи и, главным образом, специальных ее видов. Если бы в настоящий момент понадобилось определить, напр., постановку хирургической помощи в больницах Белоруссии даже в ее статическом состоянии, это было бы весьма трудной задачей за почти полным отсутствием материалов. Учет же ее развития, целесообразности и продуктивности тем более был бы труден. Чувствуется настоятельная потребность в об'единении хирургов БССР, чтобы двинуть и поставить на правильный путь эту важнейшую (хирургическую) часть стационарной работы больниц, как наиболее показательную. Для этого необходимо учесть, в первую очередь, самым детальным образом существующие формы и виды хирургической помощи и, исходя из них, наметить дальнейший путь развития. Возможность выполнения этой задачи почти целиком зависит от университетского центра при содействии Наркомздрава, откуда и должна последовать организационная инициатива. Едва ли можно сомневаться, что округа и районы всемерно будут содействовать этому делу. Настоящий отчет о деятельности хирургического отделения окружной Мозырской больницы за 26 и 27 г.г. является вторым; первый—за 24 и 25 г.г. о работе той же больницы напечатан в Белор. Медиц. Думке за № 12-13 в 1926 г. Отчет этот имеет целью, с одной стороны, напомнить о необходимости накопления фактического материала для будущей сводки и обзора, а с другой—является попыткой дать примерную форму отчетности, которая охватывала бы и некоторые детали с врачебной точки зрения. Имеющиеся в печати отчеты о работе б-ц составлены по самым различным схемам и формам и без общей единой терминологии; это обстоятельство, конечно, затрудняет, как пользование отчетами, так и систематизацию их по отдельным интересующим вопросам. Выработка единой схемы для подобных отчетов, единой терминологии—сыграла бы большую роль в этом отношении; в 1903 г. авторитетная комиссия из хирургов Рейна, Напалкова и Д'яконова представили IV-му с'езду Российских хирургов проект такой единой терминологии и схемы для отчетов. Этой схемы в некоторых частях нашего отчета (табл. 2 и 3) придерживались и мы.

Обстановка больничной работы

Хирургическое отделение Мозырской б-цы помещается в новом 2½ этажном здании, занимая большую половину второго этажа и непосредственно примыкает к терапевтическому отделению. Всего имеется 5 палат, расположенных по корридорной системе; общее количество коек в отделении 30; непосредственно против парадных дверей—вход в небольшой корридор, ведущий в операционную; последняя—шестигранная, высокая, светлая комната с 5 большими окнами; гнойной операционной нет; гнойные операции и перевязки производятся в перевязочной, помещающейся в противоположном конце корридора.

Штат отделения 3 врача (зав. и два ординат.), 4 сестры в отделении и 1 в операционной и 5 санитарок. Наркоз преимущественно ингаляционный, хлороформенный; местная анестезия лишь при малой хирургии и в случаях, где общий наркоз противопоказан. Операционные дни не фиксированы, в среднем 4—5 дней в неделю – операционных. Обработка рук, операционного поля, приготовление материалов (шелк, нитки и т. д.) такая же, как и в 1924-25 г. г. (см. предыдущий отчет).

Таблица 1

Общее движение больных

	1926г.	1927г.	Всего	%%	
1. Всего больных	749	985	1734		
из них: стационарных	699	876	1575		
амбулаторных	50	109	159		
мужчин	441	640	1081		
женщин	308	345	653		всего
Застрахован. активных и пассивных . .	130	188	318	18,3%	28,7
	73	109	188	10,4%	
кустарей	8	19	27	1,5%	
2. Всего заболеваний	797	986	1783		
3. Не оперировалось	168	171	339	21,5%	
4. Всех манипуляций	683	855	1538	всех стац. б-ых	
из них: а) кровавых операц.	653	755	1408		
из последних: хирург. чистых . . .	365	426	791		
„ гнойных. . .	149	198	347		
гинеколог. чистых . .	130	127	257		
„ гнойных . .	9	4	13		
б) гипсовых повязок	27	94	121		
в) вправлений вывихов	3	6	9		
5. Всего умерло	24	37	61	3,5%	
из них: после операции . . .	14	23	37	2,6%	
без операций	10	14	24	7%	
6. Нагноений на все чистые операции . .	29	21	50	4,8	
7. Всего проведено койко-дней . . .	8596	11447	20043		
8. Среднее число занятых коек . . .	23,35	31,35	в средн.	27,35	койки
9. Среднее число дней на одного больного .	12,2	13	в средн.	12,6	дней

Таблица 2

Классификация больных по группам

	1926 г.	1927 г.	Всего
I. Пороки развития			
Заячья губа	2	4	6
Крипторхизм	2	2	4
Атрезия заднепрох. отверстия	1	1	2
Anus vaginalis	—	1	1
Сужение мочеиспускательн. канала	—	1	1
Косолапость (pes varus, equinus, valgus и т. д.)	9	9	18
Макродактилия	—	1	1
Кифоз	—	1	1
Зачаточный рог матки	—	1	1
			35
II. Повреждения			
Ушибы	10	17	27
Раны: ушибленные	13	28	41
огнестрельные	12	10	22
резанные	7	6	13
Разрыв промежности	—	1	1
Отрыв всей кожи мошонки	—	1	1
Отрыв скальпа	—	1	—
Переломы: неосложненные	13	29	42
осложненные	1	2	3
Вывихи	5	6	11
Инородные тела	5	15	20
Обширные ожоги 2-й и 3-й степ.	7	12	19
			201
III. Воспаления			
Большие абсцессы, флегмоны, карбункулы мягких покровов и мышц	61	90	151
Воспалит. заболевания желез (грудн., слюнных, лимфат. и т. д.)	8	12	20
Тромбофлебиты	3	3	6
Язвы покровов	5	6	11
Некрозы	4	3	7
Мастоидиты	3	1	4
Остеомиэлиты разн. костей	38	43	81
Воспалит. заболевания суставов	11	15	26
Плевриты гнойные	12	10	22
Бурситы	1	5	6
Воспален глазного яблока	2	1	3
Энцефалит	—	1	1
Менингиты	9	7	16
Миозиты	—	2	2
Перитониты	4	10	14
Круглая язва желудка	3	4	7
Брюшинные спайки	—	1	1
Круглая язва 12-перстной кишки	—	1	1
Язва толстой кишки	—	1	1
Колиты и гастриты	7	5	12
Аппендициты	67	50	117

Продолж. табл. 2

	1926 г.	1927 г.	Всего
Холециститы	3	—	3
Панкреатит	—	1	1
Воспал. брюшины и клетчатки таза	16	11	27
Метриты	10	5	15
Аднекситы	14	27	41
Водянка яичка и семян. канатика	8	5	13
Воспаления мочевого пузыря	1	1	2
Парапроктиты и трещины анальн. отверстия	3	5	8
Общий сепсис и пиэмия	7	19	26
Гнойник заднего дугласа	5	2	7
Гигрома	4	4	8
Фимоз и парафимоз	1	4	5
			665
IV. Инфекционные гранулемы			
а) Туберкулез:			
Кожи	—	1	1
Костей (остеомиэлиты)	2	2	4
Лимфатич. желез	2	4	6
Мышц	1	—	1
Грудной железы	1	1	2
Забрюшинных лимфат. желез	2	—	2
Легких	2	—	2
Воспаление коленного сустава	1	8	9
„ тазобедренного сустава	4	14	18
„ позвонков	8	18	26
Плеврит	1	—	1
Перитонит	2	5	7
Почек	3	1	4
Слепой кишки	1	1	2
Яичек	2	2	4
Придатков матки	—	1	1
Менингиты	3	—	3
в) Сифилис:			
Кожи	1	—	1
Коленного сустава	—	1	1
Печени	1	—	1
с) Актиномикоз: кожи	1	—	1
			97
V. Камни			
Желчного пузыря	1	—	1
Почек	1	2	3
Мочевого пузыря	—	1	1
			5

Продолж. табл. 2

	1926 г.	1927 г.	Всего
VI. Расширение артерий и вен			
Аневризма v. Jugularis	—	1	1
Расширение геморроидальн. вен	15	19	34
„ бедренных	—	2	2
„ вен голени	—	2	2
			39
VII. Грыжи			
Паховые: Односторонние . . .	42	35	77
рецидивных	3	3	6
интерстициальных	1	1	2
ущемленных	3	9	12
искусственных	—	3	3
двухсторонних	7	10	17
Бедренных: Свободных	5	14	19
ущемленных	4	—	4
Белой линии: свободных и жировиков . .	15	9	24
Пупочных: свободных	3	1	4
ущемленных	1	—	1
Мошоночных: односторонних . . .	37	33	70
ущемленных	1	3	4
рецидивных	1	—	1
искусственных	1	—	1
скользящих	—	1	1
2-х сторонних	6	6	12
послеоперационных	2	5	7
			265
Всего грыж (считая 2-х сторонние за две) .			294
VIII. Последствия и остатки различных заболеваний			
Разрывы и рубцы	2	2	4
Стриктуры (приврат., пищевода, уретры) . .	2	1	3
Свищи (кожные, мочевые, пузырно-влагалищные, прямой кишки)	9	8	17
Контрактуры	3	8	11
Параличи	3	1	4
Косолапость паралитическая	—	2	2
Genu recurvatum паралитич.	—	1	1
Ложный состав	—	1	1
Деформирующий артрит	—	1	1
Анкилозы колен. сустава	—	2	2
Слоновость стопы	—	1	1
			47
IX. Новообразования			
Злокачественные:			
Раки: мягких покровов лица . .	13	19	32
грудной железы . . .	2	4	6
желудка	8	10	18
проч. органов брюшной полости .	—	5	5

Оконч. табл. 2

	1926 г.	1927 г.	Всего
Раки: шейки матки	—	3	3
матки	4	2	6
прямой кишки	—	3	3
яичка	—	1	1
Саркомы: epulis	—	1	1
крышки черепа	—	2	2
матки	1	—	1
яичника	2	2	4
крестца	—	5	5
прочих органов	9	4	13
melanoma cutis disseminata	—	1	1
Доброкачественные:			
кожи	8	18	26
костей	—	1	1
зоб	10	5	15
эхинококк печени	—	1	1
опухоли матки	3	9	12
яичника	11	8	19
прямой кишки	2	4	6
атеромы и прочих	6	22	28
гипертрофии простаты	—	3	3
			212
X. Патологические роды и беременность			
Незакончившийся аборт	2	12	14
Abortion missed	1	—	1
Беременность при абсолютно с'уженном тазе	—	2	2
Внематочная беременность	10	10	20
Беременность для наблюдений	9	4	13
Задержка плаценты	—	1	1
			51
XI. Прочие			
Непроходимость кишек	11	15	26
Кровотечения из матки	16	3	19
Перегиб матки кзади	21	13	34
„ „ кпереди	1	—	1
Опущение матки и влагалища	24	20	44
Суб'инволюция матки	3	2	5
Выпадение recti	—	3	3
Болезнь Calve-Pertes'a: osteo-chondopatia coxae juvenilis	—	1	1
Morbus Banti	—	1	1
Tetanus	1	—	1
Ranula	2	—	2
Копростаз (прислан. с диагнозом ileus)	5	3	8
Vermices в наружн. слух. проходе	—	1	1
Прочих	9	11	20
			166
Всего заболеваний за два года			1783

Таблица 3

Оперативные пособия

	1926 г.	1927 г.	Всего
I. Голова			
Зашивание ран черепа и его покровов	6	11	17
Вскрытие гнойников	10	10	20
Удаление секвестров	4	2	6
Сшивание нижней челюсти	3	3	6
Удаление инородных тел	—	2	2
„ злокачественных опухолей	13	19	32
„ доброкачественных опухолей	15	27	42
Трепанация сосцевидного отростка	1	3	4
Пластика заячьей губы	1	3	4
Зашивание свища parotis	2	—	2
Удаление ranul'ы	2	—	2
Удаление глазного яблока	1	—	1
„ аневризмы v. jugularis	—	1	1
Пересадка кожи (Jiersch, Филатов)	—	2	2
			141
II. Шея			
Вскрытие гнойников, карбункулов и флегмон	3	12	15
Удаление доброкач. опухолей	2	2	4
Удаление зоба	9	3	12
„ лимф. желез (ca, tbc et cet.)	—	5	5
			36
III. Позвоночник			
Операция albée	1	3	4
Спино-мозговых пункций	5	16	21
			25
IV. Грудь			
Зашивание ран	2	—	2
Вскрытие гнойников	20	25	45
Резекция ребер	6	8	14
Торакотомия	5	1	6
Удаление доброкачественных опухолей	2	7	9
„ грудной железы (радикальн.)	3	1	4
Секвестротомия	2	1	3
			83
V. Живот			
Зашивание брюшных ран	3	—	3
Вскрытие гнойников брюшных стенок	3	7	10
„ околопочечных гнойников	2	—	2
„ аппендикулярн. абсцессов	—	6	6
Удаление рубцов брюшн. стенки	—	1	1

Продолжение табл. 3

	1926 г.	1927 г.	Всего
Радикальн. операция грыж:			
паховых и мошоночных	110	119	229
интерстициальных	1	1	2
послеоперационных	2	5	7
бедренных	10	12	22
пупочных	3	1	4
белой линии	14	9	23
Лапоратомии диагностические и терапевтические	22	21	43
Операция Falma		1	1
Резекция сальника	—	1	1
Рассечение брюшинных спаек	—	2	2
Резекция желудка	—	1	1
Образование желудочного свища	1	—	1
„ желудочно-кишечн. соустья	5	4	9
„ кишечного пищеприем. свища	—	1	1
„ кишечно-кишечного соустья	1	1	2
Cholecystogastrostomia	—	2	2
Аппендектомий	68	45	113
Удаление желчного пузыря	1	—	1
Раскручивание кишек при заворотах	3	10	13
Резекция тонкой кишки	7	2	9
„ толстой „	2	5	7
Удаление почки	2	—	2
			518
VI. Таз			
Зашивание ран	1	—	1
Вскрытие гнойников таз. стенок	—	9	9
Удаление инородных тел	—	2	2
Рассечение сфинктера recti	—	1	1
„ свища recti	1	2	3
Операция при атрезнального отверстия	1	1	2
Радик. операция при выпадениях recti	—	2	2
Удаление полипа recti	2	2	4
Кровавое расширение уретры	—	1	1
Высокое сечение пузыря	—	1	1
Зашивание пузырно-влагалищн. свища	2	5	7
„ свища мочевого пузыря	—	1	1
„ уретрального свища	—	1	1
Операция Winkelmanna при hydkocele	7	3	10
„ при водянке семян. канатика	—	1	1
Низведение яичка при крипторхизме	1	2	3
Операция при фимозе	1	2	3
Пластическое образование мошонки	—	1	1
Пластика промежности	—	1	1
Перевязка геморроидальных узлов	12	17	29
Удаление яичка	2	2	4
			87
VII. Гинекологические операции			
Брюшное удаление придатков матки	10	18	28
Удаление опухолей яичника	10	14	24
Клиновидное иссечение труб	10	3	13
Удаление межсвязочной фибромы	—	1	1

Продолжение табл. 3

	1926 г.	1927 г.	Всего
Удаление миомы матки	1	—	1
„ полипа матки	2	2	4
Выскабливание матки	26	24	50
Ампутация шейки матки	—	1	1
Надвлагалищная ампутация матки	1	5	6
Влагалищное удаление матки	3	4	7
Вентрофиксация матки по способу Doloris-Кипарский	11	7	18
Операция Schauta-Wertheima при проляпсах матки	16	15	31
Операция Alexandr-Adams'a	5	3	8
Задняя кольпотомия	7	4	11
Передняя кольпорафия	1	—	1
Кольпо-перинео-рафия	12	18	30
Кольпорафия по Neugebauez-Fort'y	2	—	2
Colpocleisis	1	—	1
Пластика шейки матки	1	—	1
Пластика труб	4	—	4
Удаление кисты влагалища	1	—	1
Вскрытие абсцесса большой губы	1	—	1
			244
VIII. Акушерские операции			
Кесарево сечение (брюшное)	7	4	11
Брюшная операция внематочной беременности	6	7	13
Ручное отделение плаценты	—	1	1
			25
IX. Верхняя конечность			
Зашивание ран	3	2	5
Вскрытие гнойников мягких покровов	15	15	30
Debridement ран	6	3	9
Удаление опухолей, рубцов и инородных тел	8	12	20
Удаление секвестров	1	1	2
Сшивание костей	1	—	1
Ампутации и экзартикуляц.	6	8	14
Кровавое вправление вывихов	—	1	1
Перевязка Art. radialis	—	1	1
Пересадка кожи	1	—	1
			84
X. Нижняя конечность			
Вскрытие гнойников и флегмон	25	52	77
Debridement при ранениях	5	2	7
Зашивание ран	2	—	2
Удаление опухолей и инородных тел	6	10	16
„ секвестров	12	7	19
Операции при искривлениях стопы	4	2	6
Резекция коленного сустава	2	4	6
Артротомии	2	1	3
Ампутации и экзартикуляц.	5	7	12
Иссечение расширенных вен бедра и голени	—	4	4

Окончание табл. 3

	1926 г.	1927 г.	Всего
Перевязка art. femoralis	—	1	1
Удаление бурсы	—	1	1
			154
XI. Не отмеч. область операции			
Вскрытие флегмон	1	10	11
			11

Всего за 2 года — 1.408 операций.

А. Смертность до операции

Табл. 4

	1926 г.	1927 г.	Всего
Причина смерти			
Общий сепсис после родов, абортов, остеомиэлитов, ранения и т. д. . .	5	9	14
Огнестрельные ранения . .	2	1	3
Менингит	2	1	3
Ожог 1/2 тела	1	—	1
Кахексия (инопераб. опухоли)	—	3	3
			24

Б. Смертность после операций.

Диагноз заболевания	Операция	Причина смерти	1926 г.	1927 г.	Всего
Непроходимость кишек	Резекция (5 раз) Раскручивание (5 раз)	1) Стеркемия 2) Перитонит	4	6	10
Непроходимость кишек	Резекция	Пневмония	—	1	1
Ущемленная грыжа	Резекция	Стеркемия	2	—	2
Гнойные процессы остеомиэлит, цистит, перитонит и т. д.	Вскрытие абсцессов, лапоратомия	Общий сепсис	6	10	16
Иноперабильные опухоли брюха	Лапоратомии	Кахексия	2	—	2
Узкий таз	Кесарево сечение	Перитонит	—	1	1
Рак желудка и поперечной кишки	Резекция желудка и поперечной кишки	Перитонит	—	1	1
Рак шейки матки	Удаление матки и резекция кишки	Перитонит	—	1	1
Камень мочевого пузыря	Sectio alta	Уросепсис	—	1	1
Саркома черепа и мозга	Удаление	Паралич сердца	—	1	1
Туберкулезный спондилит	Операция Albée	Хлороформ. 8 грамм. (отравление)	—	1	1
					37

Цифровой материал, обхватывающий почти всю работу отделения, представлен в 4-х таблицах.

Из первой таблицы видно следующее:

1) Кустари и застрахованные дали 30,3% всех больных; если откинуть ничтожное число нетрудового элемента (около 1%), то главное число больных, почти 70%, приходится на крестьян, т. е. б-ца обслуживает преимущественно округ. Если принять в расчет все население округа и общее число застрахованных по всему округу, то можно сказать, что эти последние в %% отношении обслуживаются значительно лучше.

2) %% неоперированных больных, прошедших через хирургическое отделение—21,5%, по сравнению с предыдущим отчетом (28,4%) он резко понизился, это снижение об'ясняется более тщательным отбором больницей оперативного материала, каковой не может быть обслуживаем районами.

3) Число операций увеличилось по сравнению со старым отчетом; неполное среднее число занятых коек об'ясняется тем, что в 1926 г. во время полутора месячного ремонта, число коек в отделении было сокращено до 10-15; в 1927 г. наоборот, было даже некоторое превышение количества коек (31,35), что было возможно, в виду того, что часть больных клали на корридоре: на носилках и на скамейках.

4) Число нагноений при чистых операциях снизилось до 4,8% с 8,4% в 24 и 25 г. г., благодаря улучшению обстановки работы в смысле снабжения материалами, инструментами, лучшей квалификации персонала и т. д.; все же нужно сказать, что отсутствие особой гнойной операционной, недостаточная изолированность гнойных от чистых больных, отсутствие перчаток, недостаток белья и другие недочеты обстановки работы не дают возможности еще более снизить %% нагноений.

5) Среднее пребывание больных в больнице (12,6 дней) указывает на почти полное отсутствие в отделении хроников.

Вторая таблица, являющаяся учетом нозологического материала, по которому можно судить о характере запросов населения на хирургическую помощь и возможность ее выполнения; из этой таблицы видно:

1) преобладающими формами попрежнему являются травмы и воспалительные процессы, давшие вместе более 50% всех больных, это обычный, повседневный хирургический материал. Нужно сказать, что районные врачи склонны в общем посылать его в окружную больницу, недостаточно использовав свои возможности на местах.

2) Следующей категорией по числу больных являются грыжи и новообразования 294 и 212.

3) На остальные формы заболеваний приходятся десятки и единицы больных.

Из третьей таблицы нужно отметить незначительное число операций на почках, желчных путях и черепе, что имеет своей причиной отсутствие многих диагностических приборов (цистоскоп), измерительных инструментов, лабораторных приспособлений и проч., а также бедность хирургическим инструментарием, который пополняется лишь самыми ходкими инструментами. С установкой в конце 1925 г. рентгеновского аппарата часть диагностических затруднений отпала.

Из обзора последней 4-й таблицы отметим следующее:

1) Значительное количество смертей в зависимости от общего сепсиса после родов, абортов, остеомиэлитов, циститов и т. д.; на общее

число смертей (61) от общего сепсиса погибло 14 чел. без операции и 16—после операции—всего 30 чел., т. е. почти полных 50%; причем вмешательство оперативное сводилось к простым разрезам в 9 случаях, в 6 случаях к лапоратомии и 1 раз к ампутации; эта высокая цифра сепсисов говорит о санитарной малокультурности населения, обращающегося к нам часто в весьма запущенных случаях, о не всегда правильной диагностике на районах и о весьма вирулентной инфекции в целом ряде случаев.

2) Значительная часть послеоперационных смертей падает на различного рода непроходимости: на 26 случаев операций последних за два года смертных случаев было 11, т. е. 42,3%; этот % смертности нужно считать сравнительно не высоким, если принять во внимание, что средняя давность заболевания у наших б-ых 3—5 дней, а с другой стороны, что %% смертности при непроходимости у разных авторов (Гилльом, Бир, Пертес, Керте, Юкельсон, Красинцев—цитир. по Красинцеву) колеблется в пределах от 30% до 63,2%. Если выделить из числа послеоперационных смертей случаи, где смерть последовала в *зависимости от операции*, то в число последних мы должны отнести следующие: а) случай смерти от хлороформа, где мальчик 12 лет со здоровыми грудными и брюшными органами, получив во время операции Albée (туберкулезный спондилит) 8 грамм хлороформа, погиб от паралича сердца, б) три случая перитонита: в одном—после кесарева сечения (узкий таз), в другом после резекции значительных отделов желудка и поперечной кишки (рак желудка и поперечной кишки) и в третьем—после экстирпации матки и резекции кишки (рак матки), в) случай после операционной пневмонии после заворота; смерть на 11 день после операции при полной кишечной проходимости, г) случай уросепсиса после sectio alfa по поводу камня пузыря, д) случай смерти на операционном столе при удалении саркомы черепа у 2-х летней девочки: опухоль оказалась проросшей, на большом протяжении, мозговую ткань, неподалеку от продолговатого мозга; смерть от паралича дыхания.—Всего 7 случаев.

МАТЕРИАЛЫ К ОТЧЕТУ: Доклад IV с'езду хирургов комиссии по выработке классифик. хирургических заболеваний и форм отчетов. *Оппель*: организация и работа в хирургическом отделении 1926 г. Красинцев: острая непроходимость кишек Нов. Хир. Архив № 51 1927 г. *Коган А.*—отчет о работе хир. отдел. Мозырской б-цы за 24 и 25 г. г. Бел. Мед. Думка № 12-13—1926 г.

А. И. Коган.

6 месяцев хирургической работы Дриссенской районной больницы

После долгого перерыва (8 лет) снова развернута хирургическая работа в Дриссенской больнице. Первая операция произведена 19 ноября 1927 года и за период в 6 месяцев по 19 мая 1928 года произведено стационарным больным в больнице 194 операции и 82 оперативных пособий, амбулаторным больным произведено 42 операции и оказано 9 оперативных пособий. По характеру своему произведенные операции располагаются следующим образом:

1. Радикальные грыжесечения: паховые грыжи неущемлен.—39, паховые грыжи ущемлен.—2, бедренные грыжи—5, грыжи пупочные и белой линии—6, общим числом—52.

Грыжесечения при паховых грыжах производились преимущественно по Жирару, бедренные с привлечением m-lus pectineus для закрытия грыжевого отверстия. Следует отметить в этой группе операций двустороннюю пахово-мошоночную грыжу у крестьянина 65-ти лет, колоссальных размеров, где в растянутую мошонку, доходящую почти до колен, выпячивалась большая часть тонкого кишечника брюшной полости, легко вправлявшаяся обратно в брюшную полость в лежачем положении больного. Операция произведена в 2 приема с перерывом в один месяц под местной анестезией.

Герниотомии производились также и у детей в возрасте с 8-ми месяцев до 5-ти лет (4 операции) под общим наркозом, который, кстати сказать, они очень легко переносят. Нагноений в этой группе операций—3, что составляет менее 6% нагноений.

2. Аппендектомии: хронический аппендицит—52, подострый аппендицит—5, острый аппендицит—2, общим числом—59.

При подострых аппендицитах производилась аппендектомия спустя $1^1/_2$—4 недели после острого приступа и в одном случае произведена операция через 6 дней после острого приступа средней степени.

В этих случаях подострых аппендицитов никаких осложнений, помимо очень обильных спаек, местами инфильтрированных, что затягивало длительность операции, не наблюдалось. Послеоперационное и последующее течение без всяких осложнений.

В одном случае хронического аппендицита appendix несмотря на длительные поиски не найден.

Нагноений в этой группе операций 4, что составляет около $6^1/_2$% нагноений. В этой группе операций имеется весьма интересный материал по своей редкости, который сейчас разрабатывается.

3. Вентрофиксации матки: производились по поводу частичных и более полных выпадений матки в комбинации с пластическими операциями на влагалище и промежности, или без таковых. В одном случае по поводу загиба матки кзади, где пессарии и другие процедуры в течение многих лет не привели ни к каким результатам. Числом их 10. Нагноений в этой группе операций нет.

4. Опухоли (удаление): доброкачественные опухоли—20, злокачественные—3, общим числом—23.

Из них в стационаре произведено 8-ми больным, остальные амбулаторно. Нагноений в этой группе операций—1, что составляет около 4% нагноений.

5. Пластические операции на влагалище: передняя кольпарафия—4, кольперинсорафия—7, зашивание старых разрывов промежн. (III—степ.)—3, общим числом—14.

6. Операции на матке и придатках матки: удаление матки—3, удаление кисты яичника—1, удаление кистозно-перерожден. яичника—1, Sactosalpinx (удален)—1, перевязка маточных труб (стерилизация)—1, общим числом—7.

Экстирпация матки производилась по поводу интерстициальных миом и в одном случае экстирпирована матка с правыми придатками: миома в стадии перерождения в злокачественный tumor достигала размеров 8-ми месячной беременности, весом выше 15-ти фунтов. Правый яичник кистозно перерожден, спаян с соесит и околоцекальными appendices epiploici. Нагноений в этой группе операций 2, что составляет около 28% нагноений.

7. Гнойные операции: остеомиэлиты (радикальные)—6, остеомиэлиты нерадикальные—2, паранефрит—1, осложненный перелом (удаление осколков и инцизия)—1, крупные абсцессы в стационаре—9, абсцессы амбулаторно—26, общим числом 45.

8. Прочие операции: пробные ляпаратомии—2, нефронексия по поводу блуждающей почки—1, удаление грудной железы по поводу гинекомастии у парня 24 л.—1, удаление инородных тел—1, ампутации и экзартикуляции—4, полипы шейки матки (удаление)—1, разрыв шейки матки после самопроизвольных родов (зашивание)—1, операция Hegar'а на шейке матки—1, перевязка vas deferens—2, полип мочеиспускательного канала (удаление)—1, Hydrocelle testis (радикальн. операция)—2, funicocelle (радикальн. операция)—2, выпадение прямой кишки—2, геморрой—4, расширение вен (резекция и перевязка вен)—4, общим числом—29.

9. Оперативные пособия в стационаре: вывихи (вправление)—2. переломы (гипс, вытяжение)—6, амбулаторно: переломы (гипс, повязки)—9, общим числом—17.

Следует отметить, что переломы ключицы у детей и взрослых мы лечим значительно упрощенной повязкой типа Desaux: комок ваты под мышку и подвешивание руки на повязке. Заживление, правда, несколько в искривленном виде, но всегда прекрасное и функциональная способность руки не заставляет желать лучшего. Прямое заживление ключицы редко получается и при сложных повязках типа Desaux и Velpeau.

10. Пособия при патологических родах и другие акушерские операции: высокие щипцы—1, поворот на ножку—2, ручное отделение последа—1, выскабливание матки по абортной комиссии и по поводу хронических эндометритов—70, общим числом 74.

Большинство операций производилось под местной анестезией новокаином и одно время за отсутствием новокаина $^1/_2$% раствором алипина на физиологическом растворе. Анестезирующая сила последнего не уступает новокаину, только вызывает большую гиперемию сосудов. Лишь крупные полостные операции, ампутации и экзартикуляции, а также герниотомии у детей производились под общим наркозом.

Как правило больные садятся на 3-4 день после операции и ходят на 5-ый день. Серфины снимаются на 6-ой день после операции.

Общее количество нагноений 10, что составляет менее 6%. Смертных случаев не было.

Дриссенская больница обслуживает хирургической помощью не только население Дриссенского района, но и население двух соседних районов (Волынецкого и Освейского). Произведено в стационаре операций населению упомянутых районов 36, что составляет около 19% общего числа стационарных операций. С каждым месяцем % оперативных пособий населению Волынецкого и Освейского районов повышается, что придает работе Дриссенской больницы фактически межрайонный характер. Бюджетом прошлого года не предусмотрены средства на хирургическую работу, в связи с чем приходилось в текущем году выходить из положения различными перемещениями материальных средств из свободного пока Росицкого пункта Дриссенского района и прибегать к целому ряду других уловок, значительно затрудняющих нормальное течение работы.

Дриссенский и соседние районы давно лишены хирургической помощи и относятся к числу запущенных в этом смысле. Хирургический материал за эти 6 месяцев только лишь зачерпнут.

Необходимо предусмотреть к новому бюджетному году достаточное количество средств на медикаменты и некоторое увеличение количества коек, чтобы хирургическая работа Дриссенской больницы, обслуживающей хирургической помощью население 3-х районов, не была сорвана в самом ее разгаре.

Плисан

6-ти месячный краткий отчет о деятельности Ото-Ларинголога по г. Полоцку

Ото-Ларинголог г. Полоцка обслуживает гор. рабочую амбулаторию и стационар на 5 коек при окружной б-це, Детский Диспансер и Селянскую амбулаторию.

За 6 месяцев пропущено больных:

Название учреждения	Первичн.	Повторн.	Всего
Гор. рабочая амбулат. . . .	1241	2032	3273
Селянская „ . .	420	282	702
Детский Диспансер обследов. . . .	476	—	476
„ „ оказана помощь .	—	302	302
Итого . .	2137	2616	4753

По характеру болезней первичные б-ые распределяются:

Болезни / Учрежд.	У х о		Глотка, горло		Нос и носоглотка		Всего
	мужч.	женщ.	мужч.	женщ.	мужч.	женщ.	
Гор. амбулат.	346	175	227	206	162	125	1241
Селянск. „	80	99	59	100	38	44	420

Из первичных-инфекционных гранулем:

Болезни / Учрежд.	ТВС в. дых. п.		Lues дых. п.		Склерома	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Гор. амбулат.	7	3	4	1	—	1
Селянск.	13	4	—	2	—	2
Всего . .	20	7	4	3	—	3

Б-ные, нуждающиеся в амбулаторной оперативной помощи, направляются в гор. амбулаторию, для чего мною отведен один операционный день в неделю.

Произведены следующие амбулат. операции: удаление аденоидных разращений—34, удаление полипов носа—23, удаление полипов уха—8, тонзиллотомий—7, расщепление миндалин (Schlitzern)—7, конхотомий (нижних)—5, конхотомий (средних)—1, удаление инородных тел из уха, носа и глотки—11, удаление папиллом язычка—2, вскрытие тонзил. абсцессов—7, разрез по Wilde—1, всего 106.

Проколов Гайморовой полости не производил за неимением троакара.

Что касается способов лечения разных болезней, то они ничем не отличаются от общепризнанных. Соответствующие случаи ТВС гортани лечатся Кварцем, а хр. гн. восп. ср. уха раствором Calot (состав его получен непосредственно от автора работы—РОЛ № 2 1928 г.), наружные отиты лечатся ментол-вазелин. м. по Бураку и получаются прекрасные результаты. Отосклероз лечится KI, $CaCl_2$ и, конечно, безрезультатно. Сухие процессы носа и глотки лечатся масляным распылителем, амбулаторно, и б-ые, жаловавшиеся на сухость в носу и трудность отхаркивания мокроты, после нескольких сеансов этой терапии заявляют, что чувствуют себя лучше.

В стационаре произведены след. операции: трепанация сосцевидного отростка (antrotomia)—6, радикальная операция уха—2, трепанация Гайморовой полости—2, трахеотомия—2, операт. удаление инор. тела из среднего уха—1, субмукозная резекция носовой перегородки—1, опухоль носа—1, пластика при заячьей губе—3, удаление раковин носа—4, тонзиллотомия—1, рассечение миндалин—(Schlitzern)—1, удаление полипов носа—3, всего—27.

Один мастоидит, осложненный перисинуозным абсцессом (Пр-о), прошел благополучно и один мастоидит, осложненный экстрадуральным абсцессом (С-ч), окончился летально от присоединившейся после операции крупозной пневмонии.

Очень интересен след. случай стеноза гортани:

Н. Ю-ко 7 лет, из крестьян деревн. Струнь Полоцкого р., явилась на прием с резким стенотическим дыханием. Серьезно больна, по словам родителей, несколько месяцев, но трудность дыхания после физических упражнений была замечена давно. Неприятный запах. Наследственность—н. о. Затылочные, шейные и подчелюстные железы увеличены, б. слева. Б-ая бледная, худая. Видимые слизистые бледны. Атрофический процесс в носу и глотке. Инфильтратов не видно. Гортань: субхордальные инфильтраты, серого цвета, закрывающие весь просвет гортани и составляющие незначит. щель, ближе к задней комиссуре.

От предложенной немедленной операции отказались, но, не желая терять б-ю из виду, принял ее на койку и назначил пока ингаляцию. Ребенку с каждым часом становилось труднее дышать и к утру, когда ребенок весь посинел, родители решились на операцию. В ту же ночь была сделана верхняя трахеотомия, вставлена трахтрубка и ребенок ожил.

Ex juwantibus назначено KI и взята кровь на RW, кот. дала полож. рез., после чего назначено ртутное лечение. Кровь взята у отца и матери на RW дала отриц. рез. Повидимому, в данном случае мы имеем склерому (д-р. *Н. А. Паутов*, будучи проездом в Полоцке, также остановился на диагнозе склеромы). Ребенок в хорошем состоянии выписался с трах-трубкой, чтобы немного поправиться и присту-

пить к рентгенотерапии. От ларингостомии отказались. Чем интересен этот случай? Ранний возраст (7 лет), в то время, как в нашей клинике (БГУ), где очень много склеромных б-х, самый ранний возраст 12 л.

Второй интересный случай инородного тела среднего уха.

М. Б-н., 14 лет, из кр-н Ульского района. Во время сна ему всадили в правое ухо вишневую косточку. Обратился к фельдшеру, кот. пробовал достать ее пинцетом и только „пустил кровь“, а косточку еще глубже загнал. Через дней 10 обратился в Ульскую б-цу, где врачи также пинцетом пытались достать косточку и опять безрезультатно. Ко мне б-й попал на 4-ю неделю и как промыванием, так и крючком мне косточку из среднего уха удалить не удалось. На завтра оперативное удаление путем отсепаровки слухового прохода. Первые дни после операции T°.37,0—39,0 по веч. при хорошем стуле. Регидности затылка, Kepнинга, а также других патол. изменений (д-р Шендерович) не обнаружено. На 4-й день жалобы на резкую боль при глотании и колики в ухе. При осмотре обнаружен развивающийся тонзиллярный абсцесс, кот. после соотв. назначений на завтра вскрылся и T° пала до нормы. В течение двух недель T°-N, за ухом полное заживление, а в ухе гнойные выделения. Б-й в хорошем состоянии выписался.

1) В дальнейшем для усиленной работы необходимо: 1) расширить ото-ларингологическую помощь в селянской амбул. (прием 2 раза в неделю надо считать недостаточным).

2) Пополнить недостающий инструментарий для гор. амб. (набор камертонов, гортанные щипцы, гортанный шприц, троакар для Гайморовой полости, монетоловку и др.), для селянской амб. и детдиспансера необходимо иметь свой набор инструментов, хотя-бы для осмотра больных.

3) Практиковать выезды в районы с большим количеством рабочих для осмотра ушных больных.

Л. С. Кавалерчик

---

3 месяца работы 2-го подвижного венотряда имени Центрального Комитета Красного Креста Белоруссии в Краснопольском районе, Полоцкого округа

Несомненно, что империалистическая и гражданская война, а также немецкая и польская оккупации и особенно бандитские налеты, сопровождающиеся грабежами и насилиями, послужили поводом к заражению венерическими болезнями сельского населения Белоруссии: низкий культурный уровень, отсталость, материальная необеспеченность и несвоевременная обращаемость и оказание медицинской помощи,—сыграли немалую роль в деле распространения внеполового (бытового) сифилиса.

Для более верной и плодотворной борьбы с венерическими болезнями прежде всего нужно изучить степень поражения населения в том или ином районе, а также необходимо изучить те благоприятствующие моменты, способствующие к их распространению, и на основании собранного материала строить медицинские пункты в более пораженных местностях для борьбы с венеризмом в белорусской деревне.

Подвижные венотряды являются той организацией, на которых возложена обязанность разрешения под час трудной вышесказанной задачи, а также параллельно оказывать медицинскую помощь больным и привлекать общественное мнение в деле борьбы с сифилисом.

Красный Крест Белоруссии, принимая активное участие в борьбе с социальными болезнями вообще, а с венерическими в частности, по примеру прошлых лет, для этой цели организовал 2-й подвижной венотряд, присвоив последнему имя ЦК Красного Креста Белоруссии и пригласил нас для заведывания им, это было в июне м-це 1927 г.

Учитывая опыт работы предыдущего отряда, мы для предотвращения перебоев в нашей работе запаслись соответствующим количеством медикаментов (ртуть, висмутовые препараты, неосальварзан, иодистый калий и др.), необходимым инвентарем, походной лабораторией, которая служила нам для постановки реакции Meinicke, а также санитарно-просветительной литературой и плакатами.

Отряд был направлен в распоряжение Полоцкого Окружного Комитета Красного Креста, где совместно с председателем местного Комитета Красного Креста и окружным Инспектором Здравоохранения был намечен более пораженный сифилисом район—Краснопольский и разработан план будущей работы.

Прежде чем мы приступим к изложению плана дальнейшей работы, считаем не лишним сказать несколько слов об экономическо-социальном положении обследованных селений, как имеющий некоторый краеведческий интерес.

Местность лесистая, почва-суглинок, близ озер песчаная, кругом много хвойных лесов, в которых наблюдается полное отсутствие твердых лиственных пород, как дуб, клен, ясень, граб и др. Имеется большое количество озер, как мелких, так и более крупных, из последних

надо отметить озеро „Нещер“, занимающее около 60 кв. верст и изобилующее большим количеством рыб, так что рыболовство является подспорьем в хозяйстве для населенных пунктов, вблизи лежащих от озера. Вокруг озер имеется большое количество заболоченной почвы. Однако малоземелье и слабая урожайность почвы, в связи с которыми является недохват собственного хлеба для пропитания, толкает население на заработки и почти в 50% дворов местного населения имеется член семьи в Ленинграде и в других городах Союза. Это положение до некоторой степени способствовало сифилизации населения.

Плохие материальные условия населения заставили их искать новых форм землепользования, которые выразились в расселении деревень на хутора. Хотя эта реформа началась еще в довоенное время, но достигла своего высшего развития только после Октябрьской Революции.

Следует отметить, что в новых хуторах ведется старая дедовская система землеобработки—3-хполье. Для изжития малоземелья ведется интенсивная осушка болот на паевых началах. Что касается жилых помещений, то большинство домов состоят из деревянных построек из одной половины 8×12 арш., окна небольшие, неоткрывающиеся, направленные во двор, потолки низкие, воздух спертый вследствие отсутствия вентиляции, спят на общих нарах и только у более зажиточного населения имеется тенденция к введению отдельных кроватей. Едят с одной миски, утираются общим полотенцем, мыла употребляют мало, моются редко из-за отсутствия бань.

Для питья население пользуется водой из колодцев, вырытых недостаточно глубоко, в более низких местах недалеко от жилого помещения. Вода в них из верхних слоев почвы. А во время дождей вода переполняет колодец и свободно вытекает из него, так что вполне понятно, что вода в них мутная с гнилостным запахом.

Закончив этим наш краткий обзор местности, где нам пришлось работать, приступим к амбулаторно-обследовательской работе.

Мы распределили нашу работу таким образом: два дня в неделю были выделены для амбулаторного приема, а в остальные дни производилось подворное обследование. Воскресные и праздничные дни мы использовывали для читки санпросветительных лекций, последние сопровождались демонстрацией соответствующих диапозитивов и плакатами.

Закончив нашу работу в настоящее время, мы можем с удовлетворением отметить, что заранее выработанный план оправдал себя: путем амбулаторного приема было выявлено, сравнительно, большое число сифилитиков, кроме того, благодаря большому стечению больных на амбулаторный прием, складывались благоприятные условия для сифилитиков, которые имели возможность принять специфический курс лечения не будучи заподозренными в сифилисе.

Что касается подворного обследования, то оно также носило организованный характер: предварительно собирался сход, на котором делался доклад о Белорусском Красном Кресте, на средства которого функционировал отряд; о задачах отряда, главным образом, сконцентрировав внимание на необходимость поголовного обследования всего населения для выявления больных венерическими болезнями и заручившись согласием схода, приступали к обследованию. Следует указать на сознательность населения в этом отношении, почти все 100% были к назначенному дню дома, возможно этому способствовало то обстоятельство, что тот или иной селянин или селянка почему-либо, отсутствовавшие при освидетельствовании заподозревались в сокрытии

сифилиса, так что были случаи, когда не освидетельствовавшиеся гр-не из обследованной деревни являлись к нам на амбулаторный прием на осмотр, требуя удостоверения о своем здоровье для ребиалитации себя среди односелян.

Не малую роль сыграли в деле успешного обследования местный актив: Сельсовет, парторганизация, комячейка и учительство.

Для большей точности и правильности своих диагностических выводов мы обследуемых раздевали до нага, что нам удавалось полностью по отношению мужского населения и встречали препятствия, правда не часто, со стороны женщин, в таких случаях мы не настаивали на раздевание, опасаясь, что наша настойчивость может отпугнуть население от дальнейшего обследования.

Теперь перейдем к рассмотрению нашего обследовательского материала, выражающегося в следующей таблице.

Таблица 1

№№ по порядку	Наименование населенных пунктов	Количество обследов. дворов	Число жит.		Из них детей	Освидетельств.	Среди освидет. обнаруж. сифилисом				%
			М.	Ж.			I	II	III	Lat.	
1	Ильино . . .	21	61	59	57	120	—		3	2	4,1
2	Голубово . . .	26	40	39	16	79	—	—	—	—	—
3	Гришино . . .	28	76	77	59	153	—	—	—	—	—
4	Лисицы . . .	23	72	74	52	146	—	—	5	1	4,1
5	Веремеево . . .	13	37	33	27	70	—	—	—	—	—
6	Лужки . . .	7	16	29	22	45	—	—	3	1	8,9
7	Антоново . . .	11	25	30	19	55	—	—	—	—	—
8	Цветушино . . .	13	37	28	26	65	—	—	2	—	3
9	Пруды . . .	12	39	32	25	71	—	—	1	—	1,4
10	Мамоли . . .	18	58	52	50	110	—	—	—	—	—
11	Замошша . . .	8	29	25	26	54	—	—	1	—	1,8
12	Локта	19	49	47	41	96	—	—	1	—	1,1
13	Скрипки . . .	9	23	20	10	43	—	—	2	—	4,6
14	Шерстово . . .	19	48	59	43	107	—	—	1	—	0,9
15	Шнитока . . .	18	42	41	28	83	—	1	5	—	6,0
16	Шнитовка (имение)	14	39	32	24	71	—	—	—	—	—
17	Гора	8	28	32	30	60	—	—	2	—	3.3
18	Ужелки . . .	14	37	36	26	73	—	—	1	—	1,04
19	Рожново . . .	10	22	25	18	47	—	—	2	1	6,6
20	Старина . . .	12	27	33	23	60	—	—	—	—	—
21	Терхово . . .	4	14	14	12	28	—	—	2	—	7,1
22	Красноборье . .	7	17	20	16	37	—	—	5	1	16.2
23	Буловка . . .	10	29	40	34	69	—	—	2	—	2.8
24	Городище . . .	26	72	74	58	146	—	—	3	—	1,5
25	Синяки . . .	4	11	13	9	24	—	—	1	—	4,1
26	Латыши . . .	16	35	38	29	73	—	—	—	—	—
	Итого . . .	370	983	1002	780	1985	—	1	42	6	2,4

При разборе материалов нашей таблицы видно что имеются селения с большим процентом заболеваемости сифилисом, как, например: дер. Красноборье (16,2%) Ильино (4,1%), Терхово (7,1%) и т. д., при чем необходимо отметить, что наблюдается исключительно сифилис гуммозного периода, небольшой процент скрытого сифилиса и совсем не обнаружили свежего сифилиса, за исключением одного случая врожденного люэса, на котором считаем не лишним более подробно остановиться.

Следует также указать, что процент сифилиса был-бы выше, если-бы мы имели возможность выявить всех больных сифилисом, у которых в настоящее время проявления нет, а сами больные почему-либо скрыли свое заболевание. Реакцию Meinicke ставить всем не представлялось возможным.

Не безинтересно отметить, как лечились больные сифилисом. В громадном большинстве случаев они пользовались услугами знахарей, от которых кроме „заговора" получали питье под названием „салама", „календат" и „декогт" только незначительная часть населения пользовалась услугами врачей.

На этом позволим себе закончить рассмотрение обследовательского материала и перейдем к рассмотрению амбулаторного материала:

Таблица 2

№№ по пор.	Наименование национальностей	Общее к-во посещений	К-во первичных посещений	К-во повторных посещений	Из них больных					
					Сифилисом	%	Трахомой	%	Чесоткой	%
1	Белоруссов	1886	1610	285	28	1,7	39	2,4	107	6,6
2	Поляков . . .	260	213	47	2	0,9	3	1,4	11	5,2
3	Русских . . .	66	48	18	8	16,6	—	—	—	—
4	Евреев . . .	11	9	3	—	—	—	—	-	—
	Итого .	2223	1880	353	38	2,02	42	2,2	118	6.2

За 22 амбулаторных дня было сделано больными 2223 посещений, не считая сифилитиков, которые приходили для специфического лечения и регистрировались особо, так что в среднем на амбулаторный день падало 101 посещение, что следует об'яснить тем, что на радиусе 15—20 верст нет врачебного пункта.

Сифилитиков нами было обнаружено на амбулаторном приеме 38 человек, главным образом, гуммозного периода, это те сифилитики, которые к нам обращались за медицинской помощью из далеких необследованных деревень, или из соседней Псковской губ. РСФСР. Гонорейных заболеваний и мягкого шанкра нами не было обнаружено.

Следует отметить большой процент трахомой (2,6) и чесоткой (7,3) всех первично посетивших больных. Кроме всей вышеуказанной работы мы провели оспопрививательную кампанию, которая выразилась в прививке оспы 162 белорусским детям, 16 польским и 3 еврейским.

Несколько слов о лечении сифилитиков: Курс специфического лечения состоял из 5—6 вливаний (по одному разу в неделю) неосаль-

варзана по 0,6 каждое и 12 ин'екции салициловой или ртути 18—20, ин'екции Bisocnipol'а, последний препарат мы употребляли при лечении детей, кроме того, давали еще пить иодистый калий. Никаких серьезных осложнений мы не наблюдали.

Путем обследований и амбулаторного приема нами было обнаружено 87 сифилитиков, но из них лечились 68 человек, часть стариков с законченными рубцовыми процессами отказались от лечения. При чем полный курс лечения получили 44% всех лечащихся сифилитиков, а остальная часть не закончила своего лечения, по той причине, что пункт наш находился от некоторых селений на далеком расстоянии 10—20—30 верст, а также и потому, что нашепребывание совпало с тяжелыми полевыми работами, что, конечно, не могло не отразиться на успех нашего лечения.

Заканчивая нашу работу, мы разрешим себе сделать следующие выводы:

1) Процент больных сифилисом в населенных пунктах б. Краснопольского района большой (2,4%).

2) Районные врачи должны лечить сифилитиков, для чего они должны быть знакомы с методами и техникой лечения.

3) Венотряды не должны преследовать исключительно лечебную цель, а вести обследовательскую и санитарно-просветительную работу.

4) Изба-читальня должна быть снабжена соответствующей общедоступной литературой, необходимо также на устраиваемых курсах для избачей и школьных работников ввести цикл лекций о социальных болезнях на селе.

Н. И. Кауфман и М. С. Башкевич

Научное Общество Минских врачей.

(1927-ой год)

XX заседание (17-го декабря). *1) Д-р Флекель: К вопросу о пальпации нормальной печени.*

Коснувшись литературы вопроса, докладчик подчеркивает, что в большинстве руководств утверждается, что прощупываемость печени указывает на патологическое состояние этого органа, и этот взгляд укоренился среди широких врачебных масс. Исходя из опубликованной в 1916 году проф. Образцовым работы о прощупываемости норм. печени у большинства здоровых людей, докладчик, занимаясь этим вопросом в течение ряда лет, произвел в клинике профессиональных болезней систематическое пальпаторное обследование печени при поголовном осмотре рабочих и служащих нескольких предприятий. Всего обследовано 330 человек, из которых ему удалось прощупать печень в 62%.

Главнейшие *выводы:* 1) Печень м. б. прощупана при совершенно нормальных условиях у большинства здоровых людей. 2) Для этого необходимо применение определенной методики—диафрагмально-инспираторного прощупывания по Образцову и модификации докладчика. 3) Моментами, затрудняющими пальпацию печени, являются: неуменье исследуемых лиц производить глубокое диафрагмальное дыхание, жирные брюшные покровы, метеоризм и напряжение мышц брюшного пресса. 4) Пальпация норм. печени может иметь известное практическое значение: при болях в правом подреберьи обнаружение норм. печени дает возможность исключить печень, как источник этих болей. Эта методика может облегчить диагностику частичного гепатоптоза и, наконец, не всякая прощупываемая печень будет трактоваться как патологическая.

В прениях, в которых принимали участие *Писмарев, Перельман, Ш. И. Лившиц, Тургель* и *проф. Мелких*, было указано, что научное обоснование пальпации вообще и пальпации печени в частности, принадлежит проф. Гаусману и что пальпация вообще многого не дает, а в методике пальпации печени нет ничего нового.

Докладчик настаивает на приоритете Образцова в ощупывании норм. печени и на целесообразности методичной пальпации для более точной диагностики заболеваний органов брюшной полости.

2) Д-р Б. Л. Фельдман: К эпидемиологии склеромы.

Склерома получила широкое распространение в западных областях Союза, главным образом, в Белоруссии. Особенно поражены округа б. Минской губ., как это выяснено докладчиком при массовом обследовании им целых групп населения. Описание жалоб больных и клинической картины заболевания носа, полости рта, глотки, гортани, трахеи и бронхов. Течение медленное, иногда десятки лет. Диагностика не представляет особых затруднений. Патолого-гистологический метод в деле диагностики играет важную роль. Для целей ранней

диагностики и особенно скрытых форм очень ценен серологический метод. Докладчик совместно с *проф. Эльбертом* и *В. М. Геркес*, убедившись в полной специфичности реакции связывания комплементов при склероме, положили этот метод. наряду с клиническим осмотром в основу массового обследования. При бактериологическом анализе докладчику почти всегда удавалось выделить из носовой слизи палочку Фриша. Проверка выделенных культур производилась совместно с *проф. Эльбертом* и *Геркес*, помимо посева на разные среды, путем связывания комплементов.

Далее докладчик остановился подробно на результатах обследования отдельных селений Минского округа. Сделан поголовный осмотр, исследована кровь и носовая слизь у всех членов той семьи, где находился склеромный больной, а также у всех соприкасавшихся с этой семьей. Брались также кусочки инфильтрата для патол.-анатомического исследования. Кроме того, отмечались экономическое состояние данного селения, его быт, местность, почва и проч. В течение 1924-26 г. г. произведено массовое обследование 18 деревень Минского округа. Осмотрено 1346 человек, среди них найдено 39 склеромных больных. В других округах Белоруссии (данные до весны с. г.)—130 склеромных.

Докладчик представил таблицы и географические карты, где обследованные распределены по отдельным округам по полу, возрасту, национальности, профессии и месту жительства (женщин—68,5%, мужчин—31,5%, белоруссов—93,7%, евреев—6,3%, то же процентное отношение между селянами и горожанами).

Выводы: Склерома значительно распространена среди белорусского крестьянства и носит характер социального недуга. Она является семейной болезнью. Необходимо знакомить массу врачей с этим заболеванием. Все случаи склеромы подлежат регистрации в Окрздравах. Все сомнительные случаи подлежат направлению на счет НКЗ в центральные учреждения для установления точного диагноза и лечения. В связи с значительным распространением склеромы в Белоруссии, в связи с семейной заражаемостью назревает вопрос об открытии специального института для изучения этой болезни и для ее лечения.

Прения. Проф. Эльберт прежде всего оспаривает у докладчика приоритет в этой работе, а затем указывает на разные дефекты доклада. В нем нет эпидемиологического материала; в картах не указаны пункты распространения склеромы; не указаны свойства, которыми обладает палочка склеромы; не изучено бациллоносительство.

Проф. Бурак к клинике склеромы прибавляет некоторые данные и указывает на возможные ошибки диагностического характера: склерома иногда протекает под видом сухого атрофического ринита и даже гайморита. При диагностике надо пользоваться и бронхоскопией, так как склерома, хотя редко, локализуется в трахее и бронхах. Для разрешения вопроса о степени заразительности этой болезни необходимы долгие наблюдения, тщательное исследование больного и изучение тех условий, которые превращают бациллоносителя в бацилло-больного. Требуется также выяснить, почему склерома поражает преимущественно деревню.

Д-р Паутов напоминает об отосклероме, которой докладчик не затронул, (распространена в Ленинграде).

Д-р Фридман считает, что вопрос о склероме и в настоящее время не подвинулся вперед. Не выяснено, почему склерома не переходит на пищевод, почему имеются расовые особенности; не выяснен также вопрос о наследственности. Имеется противоречие в том, что в Бело-

руссии эта болезнь распространена преимущественно среди крестьян, а в Галиции ею страдает и еврейское население.

Д-р Л. Хургин спрашивает: 1) могут-ли серологические исследования способствовать выяснению диагноза? 2) заразительна-ли склерома?

На последний вопрос отвечает *проф. Бурак*: Мы не говорим о заразительности рака, который в некоторых отношениях имеет сходство со склеромой. Для проявления последней требуется, повидимому, известный комплекс различных факторов, ибо непонятно, почему при тех условиях, в которых живут склеромные б-ые, имеется такая малая контагиозность.

На первый вопрос отвечает *проф. Эльберт:* В настоящее время мы в серологической реакции имеем надежный метод для диагностики склеромы даже в скрытых и ранних формах. Бактериологический метод не совсем надежен, йо мы не уверены, что палочка Фриша есть настоящий возбудитель склеромы. Оппонент останавливается на свойствах палочки Фриша (растворимость в желчи, склеивание с сывороткой склеромного б-ого, характер колоний 2-часового роста). Что касается эпидемиологии, то надо думать, что переносчиками этой болезни являются свиньи, и этим надо об'яснить ее распространение среди крестьян у нас и в Галиции.

Докладчик (проф. Эльберту): Меня удивляет присваивание оппонентом приоритета в работе по склероме. Всем известно, что этим вопросом я занимался задолго до приезда проф. Эльберта в Минск; всем известны мои неоднократные доклады по этому вопросу в Минском о-ве врачей и на I всесоюзном с'езде в Ленинграде. Материал для этой работы, как клиническая картина склеромы, диагностика, распространение ее по Белоруссии, собран и обработан мною, а обследование селений и семейств дополнено мною и Геркес. Серологического метода я в своем докладе не описываю, а только указываю, что этот вопрос мы совместно изучали при участии проф Эльберта. Неправ проф. Э и в том, что в докладе нет никаких данных об эпидемиологии склеромы. А данные о распространении склеромы, о результатах поголовного обследования целых деревень и отдельных семейств, обследование экономического благосостояния, быта, географических, этнографических особенностей, семейной заразительности, распределение обследованных по полу, возрасту, национальности и т. п.—все это разве не является сущностью изучения эпидемиологии? Кроме того, этот самый материал еще в прошлом году был просмотрен таким знатоком склеромы, как проф. Иванов (Москва), а в нынешнем году венскими авторитетами и, наконец, этот доклад был не только допущен компетентной редакционной комиссией, но был одобрен II с'ездом в Москве—и *все эти авторитеты оценили эту работу именно как материал для изучения эпидемиологии склеромы.* Непонятно также, почему проф. Эльберт сейчас так плохо отзывается о выставленных мною таблицах и картах, между тем как лишь недавно, но в другом месте, он дал тем же картам весьма лестную оценку.

XXI заседание, *посвященное памяти Р. Вирхова по случаю 25-летия со дня его смерти* (24-го декабря).

1) *Проф. Титов: Памяти Вирхова.* Докладчик в своей речи привел яркие моменты из биографии этого великого ученого, отметил все его научные труды и его работу как общественного деятеля. Организация им различных медицинских обществ, издание разных медицинских журналов, борьба его с эпидемическими заболеваниями, труды его по этнографии, антропологии, школьной и социальной гигиене, медицинской статистике и по изданию популярных брошюр по есте-

ствознанию, наконец, его особая заботливость об униженных и угнетенных, из-за чего он часто вступал в конфликты с властью и подвергался с ее стороны разным гонениям, его борьба в рейхстаге за лучшие человеческие идеалы—все это дало право назвать его „королем в области мысли и духа“ (проф. Сикорский).

2) *Проф. Рубашев: Macrosomia congenita partialis.* Докладчик провел параллель между акромегалией и макросомией и отметил, что для установления патогенеза этого заболевания имеется обширное поле для гипотез. Имеются указания также на расстройства органов внутренней секреции. В одном случае при вскрытии обнаружена Myxoma gland. suprarenalis. Доклад иллюстрировался целым рядом фотографических снимков как с больных докладчика, так и других авторов.

3) *Д-р Черваков. Патологическая анатомия цистицеркоза мозга.* Доклад сопровождался демонстрацией макро—и микроскопических препаратов.

Из *прений* выяснилось, что при жизни почти никогда не удается констатировать эту болезнь и что чаще она встречается в континентальных странах, в частности, в Белоруссии

XXII заседание (7-го января 1928 г.) 1) *Д-р Перельман* (Борисов) *демонстрировал:* а) Epulis, удаленную у 16-летней девушки, причем так как опухоль сидела на коренных зубах, пришлось сделать разрез щеки и удалить опухоль вместе с коренными зубами. б) Препарат нижней трети бедра с остеомиэлитическим очагом на месте лежавшего Штейнмановского гвоздя. Ампутация сделана по поводу осложненного перелома бедра и 3) фиброму брыжжейки тонкой кишки.

2) *Проф. Соколовский*: *Осложнения при инфекции проникающих ран черепа.*

Материал 2-ой хирургической клиники, обнимающий 102 случая, из них—18 поверхностных ранений, 27—Commotio cerebri с переломом основания черепа и 57 проникающих ран головы. Докладчик подробно останавливается на последней группе и разделяет эти ранения на а) вдавление, б) вдавление с трещинами и в) рубленые раны. Часто бывает трудно определить, имеется ли в ране трещина или это костный шов. Докладчик руководится при этом следующим симптомом: трещина кровоточит, шов—никогда.

В вопросе о методах лечения проникающих ран черепа докладчик заявляет себя сторонником раннего оперативного вмешательства. Далее докладчик излагает классификацию осложнений при проникающих ранениях черепа. К таковым относятся: менинго-энцефалиты, энцефалиты с образованием мозговых грыж и энцефалиты с образованием гнойников (поверхностные и глубокие). Изложение методики лечения каждого из этих видов осложнений.

В резюме докладчик еще раз подчеркивает, что 1) все случаи повреждений должны быть оперируемы; 2) в свежих случаях следует реимплантировать осколки и 3) нагноение в ране не есть противопоказание к оперативному вмешательству.

XXIII заседание (14-го января) 1. *Д-р Файнберг демонстрировал* больную, у которой, вследствие неудачной ампутации с сохраненной длинной культей, невозможно опротезирование. Для устройства правильного протеза требуется реампутация.

2) *Д-р Корчиц: К дифференциальной диагностике и лечению продуктивного туберкулезного перитонита.*

Доклад основан на личных наблюдениях автора, обнимающих 43 случая. Дифференциальная диагностика и симптоматология представ-

ляют собою очень разнообразную картину. Докладчик приводит ряд историй болезни для иллюстрации диагностических ошибок. Лечение исключительно хирургическое. Процент выздоровления у докладчика 83%.

На целый ряд вопросов о значении фото—и гелиотерапии, о классификации, о связи заболеваний кишечника и гениталий, о повторных операциях, о роли аппендикса и др. докладчик дает обстоятельные ответы.

Прения. Д-р Трусевич указывает, что t° часто бывает нормальная, часто отсутствуют симптомы Менделя и Блюмберга. Чрезвычайно ценный симптом—лимфоцитоз. Нельзя отрицать значение гелиотерапии, дающий очень часто хороший эффект.

Д-р Маршак. Отмечает неполноту классификации у докладчика. Недостаточно также освещена этиология. Эффект от операции—это толчок к перестройке. Такой же эффект наблюдается при гелио—и кварцтерапии.

Д-р Мангейм. В докладе не отмечена кишечная инфекция. Все случаи оперировать неправильно. Операция далеко не безопасна. При язвенно-казеозных случаях она противопоказана.

Д-р Перельман. Докладчик не говорил о продуктивных перитонитах. Дифференц. диагностика не так уже трудна.

Д-р Тургель. Не указаны сифилитические перитониты.

XXIV заседание (21 января), *посвященное памяти В. И. Ленина.*

1) *Проф. Титов* в своей речи отметил выдающиеся заслуги пред трудящимися и пред всем человечеством гениальной личности Ленина. Собрание почтило память его вставанием.

2) *Д-р Барсуков* (Наркомздрав). *Ленин и советское здравоохранение.*

Ленин был не только революционером-практиком, организатором советской системы государственной власти,—сущностью которой является диктатура рабочего класса в союзе с беднейшим крестьянством.

Ленин был глубоким мыслителем, философом, который развил в революционно-практическом применении марксизм, создав из него новое учение—ленинизм.

Марксист-ленинец должен быть дарвинистом при критическом анализе биологических явлений. Диалектический метод особенно ценен в биологических науках, ибо при помощи его легче всего проследить сложный цикл развития животного организма от простейшей клетки—к обезьяне и дальше к человеку.

Только диалектика, связанная с ленинизмом, даст нам возможность в медицине рассматривать болезненный процесс, главным образом, в динамике, а не в статике. Нельзя выхватывать отдельный биологический факт, какого характера он не был бы, без связи последнего с окружающей обстановкой, без анализа действия среды, без массового наблюдения отдельных вариантов, ибо один эпизод, один случай, оторванные от других подобных им—не могут служить материалом для логического марксистского заключения.

Вот почему ленинизм в медицине особенно ценен, как метод, ибо требует от врача под любое болезненное явление, происходящее в человеческом организме, подводить строго проверенное социально-гигиеническое обоснование.

Ленин является и творцом советского здравоохранения, ибо его советы: единство медико-санитарного дела, профилактика и широкая рабоче-крестьянская общественность — легли в основу советской медицины.

Секретарь *М. Поляк.*

РЭЦЭНЗІІ

Санитарные правила по собиранию, удалению и обезвреживанию нечистот и отбросов в неканализованных населенных местах городского типа. Выд. НКАЗ РСФСР 1928 г.

Пытаньні правільнай ачысткі гарадоў зьяўляюцца асновай камунальнага і санітарнага дабрабыту іх. Нажаль, як сам галоўны аўтар гэтых правілаў падкрэсьлівае, на гэту справу мала зварочваецца ўвагі ў агульнай сыстэме камунальнага будаўніцтва. Пытаньні правільнай пастаноўкі ачысткі гарадоў зьяўляюцца аднэй з асноўных задач санітарнае дзейнасьці. Неналаджанасьць гэтае справы да гэтага часу часткова тлумачыцца тым, што няма адпаведнага заканадаўства і ня было санітарных правілаў, якімі-б маглі кіравацца на мясцох. У гэтай часьці выдадзеныя правілы ў значнай меры вырашаюць пытаньне як у арганізацыйных адносінах, так і практычным ажыцьцяўленьні яго. Правілы ў агуле добра складзены з вызначэньнем у значнай часьці іх санітарных норм. Правілы ахапляюць: зьбіраньне, унікненьне і бясшкоджваньне нячыстот. Нажаль, толькі ў часьці зьбіраньня нячыстот незакранута пытаньне аб нужніках. Правілы выдадзены асобнай брашурай з зьмяшчэньнем кароткага нарысу ачысткі залюдненых месц, абежніка НКАЗ і НКУС аб ажыцьцяўленьні іх і пастановы 2-га (XI) Усесаюзнага Вадаправоднага і Сан. Тэхнічнага Зьезду, што яшчэ ў большай меры робіць брашуру каштоўнай. Наогул трэба сказаць, што аўтар гэтай брашюры д-р Брагін Е. А. гэтай працы ўдзяліў сур'ёзную ўвагу і недарма.

Брашура не дарагая—55 кап. і кожная санітарная арганізацыя і камунальныя установы павінны мець яе для сваіх працаўнікоў.

Д-р З. Магілеўчык

Устройство колодцев из бетонных колец П. М. Ведерников и З. Р. Кирпичев Пскоў, выданьне Акр. Аддз. Аховы Здароўя і Акр. Зем. Аддз. Цана 20 кап.

Невялікая брашура, усяго 30 старонак, добра выдадзена. Праца санітарнага доктара (В) з тэхнікам (К). Брашура складзена папулярна, мае схэматычныя чарцяжы, прыклады каштарыс і санітарна-тэхнічныя правілы будаўніцтва.

Нажаль у брашуры не адзначана, што бэтоная студня ня ёсьць яшчэ выхад з палажэньня, калі верхні ваданосны пласт уяўляе небясьпеку ў адносінах якасьці вады, а таксама не адзначана як тэхнічна рабіць апусканьне бэтоных калец праз ваданосныя пласты ў часе спуску да больш глыбокіх ваданосных пластоў. Але ня гледзячы на гэта, брашура з вялікім прыктычным посьпехам можа быць выкарастана гідратэхнікамі, санітарнымі работнікамі і таварыствамі агнятрывалага будаўніцтва ў сваёй практычнай працы па водазабясьпецы вёскі.

Д-р З. Магілеўчык

Справочник по санитарным вопросам. П. М. Ведерников. Пскоў, Выданьне Пскоўскага Губздраўаддзела. Цана 1 р.

Падручнік складзен аўтарам у сьціслай форме і ў альфабэтным парадку. Па сваіх памерах выгодзен для нашэньня ў кішэні, што дае яму перавагу перад вялікімі падручнікамі. Па сваёй форме і зьместу падручнік мае практычны характар. Некаторых аб'ектаў у альфабэце не хапае. Нажаль, у шмат праўдзімых нормах, няма ссылкі на аўтара іх ці на існуючыя па гэтых нормах заканадаўства.

Не зважаючы на гэта, аўтар як да практычнага падручніка, падышоў удала і санітарныя дактары ў сваёй штодзённай бягучай практычнай працы ўпаўне могуць карыстацца ім, прымаючы пры гэтым фармат яго,—выгадны для нашэньня ў кішэні.

Д-р З. Магілеўчык

Ко всем профорганизациям Союза Медсантруд БССР

Журнал „Беларуская Мэдычная Думка“ за 4 года своего существования много сделал в смысле освещения развития научно-медицинской мысли врачей Белоруссии. Страницы журнала широко открыли доступ также освещению санитарного состояния Республики, находящейся в течение веков под гнетом царского режима. Бытовые болезни белорусской деревни, профзаболевания трудящихся масс белорусских городов, социальные болезни населения Белоруссии,—все эти вопросы были постоянно в центре внимания редакции журнала. Журнал был и остается глашатаем профилактического направления в медицине. Являясь единственным периодическим научно-медицинским изданием в Белоруссии, журнал помещал на своих страницах научный и практический материал одинаково полезный городскому врачу и сельскому врачу глухой белорусской деревни. Результаты своих наблюдений и опытов все врачи Белоруссии, а особенно участковый, получали возможность публиковать на страницах „Беларускай Мэдычнай Думкі“.

За последнее время журнал значительно расширился, введены новые отделы (официальный, статистики), печатаются кон‘юнктурные листки Белмедторга, дающие возможность в глухом участке следить за состоянием медикаментозного и инструментального рынка. На будущее время журнал ставит себе задачей уделять больше внимания проф. бытовым вопросам медработников Белоруссии.

Новые задачи, стоящие перед журналом, а равно и выполнение задач, с которым журнал 4 года тому назад народился, требуют большего к себе внимания со стороны союзной массы. Это внимание должно итти по двум направлениям: оказать журналу моральную поддержку и поддержать его материально.

Дальнейшее улучшение журнала немыслимо без крепкой связи с широкими союзными массами вообще и врачей в частности. Существование журнала с намеченными задачами немыслимо без увеличения количества подписчиков.

ЦП. Союза Медсантруд и Р. Б. врачсекции призывает всех врачей Белоруссии, все окправления, месткомы, райгрупкомы медработников Белоруссии поддержать журнал. Не должно быть ни одного врача, ни одного месткома, ни одной библиотеки, где не было бы журнала „Беларуская Мэдычная Думка“.

Только общими усилиями удастся продолжать дело широкого распространения медзнаний и практического опыта среди врачебных масс Белоруссии. Только при активной поддержке всей союзной массы журнал сможет отражать жизнь и быт медработников Белоруссии.

Отв. секр. Ц. П. Союза Медсантруд *Вашкевич*

За председателя Р. Б. врачсекции *Хазанов*

12 VII – 1928 г.
г. Минск

ХРОНІКА

1-я Усебеларуская канфэрэнцыя зубных дактароў. З 18 па 20 мая 1928 г. адбылася Усебеларуская Канфэрэнцыя зубных урачэй скліканая НК Аховы Здароўя. Прысутнічала каля 50 дэлегатаў з акруг, раёнаў і г. Менску. Праграмнымі пытаньнямі былі: 1) пастаноўка зубной дапамогі ў Беларусі, 2) перакваліфікацыя зубных урачэй.

Па першаму пытаньню Інспэктар Лекава-Прафіляктычнай Часткі НК Аховы Здароўя д-р Фурс Н. К. цэлым шэрагам лічбовых даных ілюстраваў вялізарны рост зубной дапамогі пасьля Кастрычнікавай Рэвалюцыі як у горадзе, так і на вёсцы, дзе ў дарэвалюцыйныя часы зубной дапамогі зусім ня было. У 1927-28 годзе маецца ў гарадох 113, а на вёсцы 110 зубаўрачэбных крэсел. Разам з колькасным павялічэньнем зубной дапамогі яна набывае прафіляктычны напрамак. У цэнтры ўвагі ставіцца санацыя поласьці роту рабочых на прадпрыемствах і школьнікаў. Аднак, становішча зубдапамогі ўсё-ж такі невыстарчальна і асабліва на вёсцы, на якую на працягу бліжэйшых год неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу. Таксама неабходна пашырыць санацыённую працу з такім разьлікам, каб ахапіць усіх школьнікаў і рабочых. Перашкодаю ў правядзеньні намяркованай працы зьяўляецца недахоп зубных дактароў, якія вельмі неахвотна едуць працаваць на вёску, у той час як у горадзе маюцца досыць значныя кадры беспрацоўных.

Садакладчык з Гомеля азнаёміў з пастаноўкаю зубдапамогі па Гомельшчыне, дзе ў больш значных зубных габінэтах з некалькімі крэсламі маецца падсобны сярэдні персанал, што значна павышае прадукцыйнасьць працы зубных габінэтаў. дакладчык прапанаваў у гэтым напрамку ўзяць прыклад і дзеля другіх акруг.

Па другому пытаньню д-р Старобінскі выклаў перад дэлегатамі праграму будучых курсаў па ўдасканаленьню зубных дактароў. Курсы маюць быць разьлічаны на 4 месяцы і ў першую чаргу павінен будзе перакваліфіцыравацца сельскі зубаўрачэбны персанал. Па ўсіх дакладах разгарнуліся жывыя спрэчкі, у якіх прымалі ўдзел амаль што ўсе дэлегаты зьезду. У спрэчках адзначалася нездавальняючая матар'яльная забясьпека зубных дактароў, якая і зьяўляецца, па думцы многіх выступаўшых, галоўнай прычынай таго, што дактары адказваюцца ехаць на працу ў вёску.

Дэлегаты з здаволеньнем азнаёміліся з умоў адчыненаю одонтолёгічнаю паліклінікаю ЦК Чырв. Крыжу, якая з наступнага бюджэтнага году мае быць разгорнута ў Стомато-Одонтолёгічны Інстытут, пры якім і будуць існаваць курсы па ўдасканаленьню зубных дактароў.

Быў заслухан шэраг навуковых дакладаў: проф. Рубашоў аб эндокрыналёгіі ў агульнай мэдыцыне і ў прыватнасьці ў стоматолёгіі, 2) д-р Метліцкі—аб тэрапіі ганрэнозных карэньняў зубоў, 3) д-р Мышкоўская—санацыя поласьці роту на прадпрыемствах г. Менску.

Па грунтоўным дакладам прыняты наступныя рэзалюцыі:

I. Па дакладу Н. К. ФУРСА: „Становішча зубдапамогі ў БССР і далейшыя пэрспэктывы“

Заслухаўшы даклад Н. К. Аховы Здароўя аб становішчы зубдапамогі ў БССР, далейшых пэрспэктывах, Канфэрэнцыя адзначае наступнае:

1. Н. К. Аховы Здароўя праароблена вялікая праца па прыбліжэньню зубдапамогі к працоўным шляхам арганізацыі зуб. габінэтаў ня толькі ў гарадох, а і на вёсцы.

2. Праароблена значная праца ў галіне санацыі рабочых і школьнікаў. Неабходна далейшае пашырэньне і паглыбленьне санацыі, дзеля чаго патрэбна павялічыць колькасьць зубных крэслаў у рабочых амбуляторыях і дзіцячых дыспансэрах. Зрабіць вопыт санацыі поласьці рта ў вясковых школах, выдзеліўшы дзеля гэтага адзін дзень у тыдзень.

3. Зубныя габінэты павінны пераходзіць на дыспансэрныя мэтады працы, увязваючы яе з вытворчасьцю і школаю (санацыя, прапаганда гігіены поласьці рота і г. д.). Неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу на санітарную асьвету, дзеля чаго дамам санітарнай асьветы арганізаваць выстаўкі па гігіене поласьці рота, набыць дыапозытывы, ставіць лекцыі на прадпрыемствах, школах, клубах, хатах-чытальнях. Выдаць папулярную літаратуру і лістоўкі.

4. Неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу на пашырэньне зубдапамогі на вёсцы, прадугледзіўшы па пяцігадоваму пляну па магчымасьці ў кожным урачэбным вучастку зубгабінэт.

5. У мэтах рацыяналізацыі працы, павышэньня прадукцыйнасьці яе неабходна прадугледзіць у зубгабінэтах з некалькімі крэсламі дапамагальны сярэдні пэрсанал.

6. Дзеля ўкамплектаваньня пустуючых мейсц у зубгабінэтах па вёсцы, Н. К. Аховы Здароўя, сумесна з Саюзам Мэдсанпрацы неабходна ўжыць больш рашучыя меры аднosна беспрацоўных зубных дактароў; дзеля іх перакваліфікацыі ўстанавіць у больш буйных гарадох экстэрнатуры.

7. Неабходна павялічыць пэнсыю зуб. дактароў, асабліва сельскіх, даводзячы яе да першай стаўкі мэд. дактароў, пачынаючы з наступнага бюджэтнага году; дактары одонтолёгі павінны быць у сэнсе зарплаты прыроўнены к дактарам са спэцыяльнымі ўклонамі адпаведна колькасьці стажу.

8. Прасіць Ц. П. Саюзу Мэдсанпрацы сумесна з НКАховы Здароўя ўзбудзіць пытаньне аб пераглядзе нагрузкі зубных дактароў і зьмяншэньня рабочага дню да 4-х гадзін.

9. Неабходна даць магчымасьць зубдактарам павышаць сваю кваліфікацыю шляхам паездак на курсы ўдасканаленьня, дзеля чаго неабходна пры існуючай одонтолёгічнай паліклініцы арганізаваць курсы і імкнуцца к скарэйшаму ўтварэньню з Стомато-одонтолегічнага Інстытуту ў Беларусі.

10 Нар. Кам. Аховы Здароўя неабходна ўсіліць інструктаваньне мейсц, а Акруговым Інспэктарыятам прыцягваць зубных дактароў-спэцыялістаў у якасьці кансультантаў пры распрацоўцы пытаньняў зубдапамогі насельніцтву.

II. Па дакладу дацэнта Б. Д. У. СТАРОБІНСКАГА: „Аб перакваліфікацыі зубных дактараў“.

1. Заслухаўшы даклад тав. Старобінскага аб арганізацыі НКАЗ курсаў удасканаленьня для зубных дактароў пры кат. стаматолёгіі БДУ, аб'яднанай з палікліпікай Белар. Чырв. Крыжу, Канфэрэнцыя адзначае аграмадную ролю, якую мае катэдра стамаматалёгіі БДУ ў справе разьвіцьця навуковай і грамадзкай адонталёгіі, замацоўваючы значэньне яе сярод мэдыцынскага міру і шырокіх мас, і шчыра вітае арганізацыю НКАЗ курсаў удасканаленьня для зубных дактароў. Разам з гэтым канфэрэнцыя выяўляе надзею, што паліклініка Чырв. Кр. у недалёкі час стане дзяржаўным Інстытутам Стаматалёгіі і Адонталёгіі.

2. Высунуты Н. К А З. плян тэорэтычных і практычных заняткаў на курсах адобрыць.

3. Лічыць мэтазгодным прапанованы НКАЗ працяг курсаў у 4 мес. Даручыць будучаму Савету Курсаў вывучыць мэтазгоднасьць і магчымасьць пашырэньня тэрміну абучэньня на курсах удасканаленьня і колькасьці курсантаў.

4. Пры камандыроўках на курсы ўдасканаленьня ў першую чаргу аддаваць месца вучастковым зубным дактарам.

5. Адзначая наяўнасьць у БССР значных кадраў зубных дактароў, якія маюць вялікі стаж. практычны вопыт і заслугі па лініі прафэс. і грамадзкай працы, канфэрэнцыя зубных дактараў лічыць неабходным прасіць НКАЗ і Ц. П. Саюзу ўзбудзіць пытаньне і ўзгодніць яго з адпаведнымі органамі аб прадстаўленьні гэтым дактаром максімуму ільгот пры прыёму і праходжэньні курса мэдфаку БДУ.

— НКАЗ накіравана з ліку скончыўшых вясною ў гэтым годзе 73 маладых дактароў для працы на раёны. У Менскую акругу накіравана 10 дактароў, у Бабруйскую 5, у Віцебскую 10, у Гомельскую 9, у Магілеўскую 17, у Аршанскую 5, у Полацкую 12 і ў Мазырскую 5. Вольныя пасады дактароў на вучастках па БССР усе запоўнены.

— З скончыўшых у гэтым годзе Магілеўскі Акушэрскі Тэхнікум накіраваны для працы на раёны 53 акушэркі. Вольныя пасады акушэрак на раёнах усе запоўнены.

— НКАЗ пададзен быў у дэканат мэдфаку БДУ праэкт аб парадку абавязковага выкананьня вытворчай практыкі студэнтамі мэдфаку, якія пераходзяць на V курс. Практыкум гэты згодна праэкту павінен быць выканан у раённых больніцах тымі студэнтамі, якія будуць карыстацца платным практыкумам, а астатнія па месцу свайго прабываньня у час адпачынку. Усяго накіравана НКАЗ на платны стаж 70 студэнтаў. НКАЗ зьвярнуў увагу акруговых інспэктур на найлепшае забясьпечаньне студэнтаў працаю ў час іх практыкі.

— НКАЗ накіравана на платны практыкум у аптэкі 22 студ. Магілеўскага фармтэхнікума і для практыкума ў больніцах 29 студэнтаў Магілеўскага акушэрскага тэхнікуму.

— НКАЗ, на падставе маючыхся матар'ялаў аб санітарным становішчы гарадоў, распрацаваны абежнік, на падставе якога месцы павінны зараз ажыцьцявіць і прадуглядзець у 5 гадовым пэрспэктыўным пляне шэраг мерапрыемстваў у часьці зьбіраньня, зьні-

шчэньня і абяшкоджаньня нячыстот. 20/VI абежнік за подпісамі НКАЗ, НКУС і Белжылсаюзу разасланы на месцы.

— НКАЗ у чэрвені мес. узьнята пытаньне аб урэгуляваньні недарэчнасьцяй, якія вызначаюцца з боку хлебнае інспэкцыі ў справе нагляду і кантролю за хлебам, а таксама аб урэгуляваньні ўзаемаадносін паміж НКГандлем і НКАЗ у справе стандартызацыі і кантролю за якасьцю харчавых прадуктаў.

— Дзяржплянам зацьверджан плян пабудовы Полацкага вадаправоду.

— Сан. Эпідчасткай НКАЗ праз студэнтаў-мэдыкаў практыкантаў па распрацаванаму пляну вядзецца дасьледваньне мястэчак і вёскі.

— Халадзільным Камітэтам разгледжан плян халадзільнага будаўніцтва па 5-гадоваму пэрспэктыўнаму пляну, а таксама аб палепшаньні боенскае справы. Халадзільны камітэт лічыць больш мэтазгодным аб перадачы боенскае справы, хаця на правох арэнды, больш буйных разьніц—Белмясгандлю, а раённых—спажывецкай коопэрацыі. Гэтым арганізацыям даручана дэтальна распрацаваць, як ажыцьцявіць перадачу.

— Скончана пабудова у Менску халадзільніку (першага ў БССР).

— Для вызначэньня кандзіцый мяса беларускае жывёлы, створана спэцыяльная міжведамственая камісія, якая распачала сваю працу праз Саніт. арганізацыю НКАЗ і Вэтарганізацыю.

— Пяцігадовы плян НКАЗ разглядаўся ў бюро Дзяржпляну і амаль што цалкам зацьверджан. Плянам прадугледжана значнае пашырэньне лекава-прафіляктычных устаноў, а таксама і якаснае іх палепшаньне. Значная ўвага ўдзелена плянам аховы здароўя дзяцей і санітарнай арганізацыі. Па будаўніцтву намечана будоўля 15 раён. больніц, 74 амбуляторый, 2 гарадзкіх бальніц (Бабруйск і Віцебск), 1 санаторы для сухотных, 1 санаторы для нэрвовых хворых, 1 псіхбальніца і г. д.

— СНК БССР зацьверджана арганізацыя ў гэтым годзе Аданталёгічнага Інстытута.

— Бюджэты акругоў у гэтым годзе будуць зацьверджацца Зьездамі Саветаў і разглядацца Бюджэтнай нарадай пры НК Граш. Спраў ня будуць. У зьвязку з гэтым НК Здароўя прапанована акруговым інспэктурам аховы здароўя прасачыць, каб сетка лекава-прафіляктычных устаноў, прадугледжаная пяцігадовым плянам, была прынята цалкам.

— Нарком Аховы Здароўя БССР тав. Барсукоў атрымаў навуковую камандыроўку за мяжу і 5 ліпеня адбыў у Францыю.

— ЦП Саюзу Мэдсанпрацы заслухаў даклад рэдакцыі часопісу „Беларуская Мэдычная Думка". Па дакладу прынята наступная рэзалюцыя:
1. Лічыць неабходным існаваньне часопісу „Беларуская Мэдычная Думка", як штомесячнік; падтрымаць хадайніцтва НКАЗ па гэтаму пытаньню
2. Прызваць усе АПС, ГК, МК, Врачсэкцыі да павялічэньня падпіскі на часопіс.
3. Зьвярнуцца з лістам да мэдпрацаўнікоў аб неабходнасьці большага ўдзелу ў выданьні і распаўсюджваньні часопісу.

АФІЦЫЙНЫ АДДЗЕЛ

Пастановы і абежнікі Н. К. Аховы Здароўя і іншых наркаматаў кіруючага характару

Пастанова Н. К. Працы, Н. К. Аховы Здароўя БССР.

Пра мэдыцынскія агляды рабочых і служачых, занятых у харчовых прадпрыемствах, гандлі і прамысловасьці і прадпрыемствах грамадзкага карыстаньня.

Для папярэджаньня перадачы хвароб насельніцтву праз прадукты харчаваньня тымі асобамі, якія маюць дачыненьне да прадуктаў харчаваньня ў працэсе вырабу іх альбо гандлю, Народны Камісарыят Аховы Здароўя і Народны Камісарыят Працы БССР, на падставе арт. 143 Кодэксу Законаў аб Працы пастанаўляюць:

1. Рабочыя і служачыя дзяржаўных, грамадзкіх, каперацыйных і прыватных прадпрыемстваў для вырабу харчовых прадуктаў і напіткаў і гандлю імі павінны праходзіць мэдыцынскі агляд: папярэдні—перад прыняцьцем на працу і пэрыядычны ў часе працы ў памянёных прадпрыемствах.

Мэдыцынскі агляд павінны таксама праходзіць і прадпрыемцы, калі яны самі беспасрэдна займаюцца вырабам альбо гандлем харчовых прадуктаў.

2. Мэдыцынскія агляды маюць на мэце: 1) выявіць тых працаўнікоў, якія могуць быць небясьпечнымі ў сэнсе распаўсюджваньня заразных хвароб сярод насельніцтва праз прадукты харчаваньня і 2) ужыць своечасовыя захады да папярэджаньня ад гэтай небясьпекі.

3. Адказнасьць за прыманьне на службу асоб, якія не праходзілі папярэдняга мэдыцынскага агляду, ускладаецца на адміністрацыю альбо ўласьнікаў прадпрыемстваў. Абавязковасьць мэдыцынскага агляду павінна быць прадугледжана ў правілах унутранага парадку кожнага прадпрыёмства.

3. Арганізацыя папярэдніх і пэрыядычных мэдыцынскіх аглядаў ускладаецца на акруговыя інспэктуры аховы здароўя па згодзе з акруговымі інспэкцыямі працы і саюзамі народнага харчаваньня і харчавікоў на мясцох.

5. Пэрыядычныя агляды робяцца ў тэрміны ад аднаго да трох месяцаў, у залежнасьці ад катэгорыі працы і характару самаго прадпрыемства, што дакладна вызначаецца мясцамі.

6. Заключэньні мэдыцынскіх аглядаў аб дазволе ці недазволе працаваць у харчовых прадпрыемствах аглядаючыя лекава-прафіляктычныя ўстановы альбо спэцыяльныя камісіі вядуць асобным запісам і адзначаюць у асобных картках, якія выдаюцца абгледжаным на рукі.

У гэтай-жа картцы робяцца адзнакі пэрыядычных аглядаў.

Звольненыя з працы з прычыны хваробы паводле п. „ж" арт. 47 Кодэксу Законаў аб Працы, вылячыўшыся могуць дастаць дазвол вярнуцца зноў на працу толькі тады, калі яны ня могуць перадаваць заразы, аб чым робіцца ў картцы адпаведная адзнака лекавай установы.

Увага. Калі ў часе агляду будуць непаразуменьні альбо спрэчкі, то пытаньне для канчатковага вырашэньня перадаецца ў доктарскую кантрольную камісію.

7. Застрахаваныя, калі яны звальняюцца з працы, забясьпечваюцца паводле пастановы Саюзнага Савету Сацыяльнага Страхаваньня пры НКП СССР за 25 жніўня 1927 г. № 282 „Известия НКТруда" за 1927 г. № 42).

8. Сьпіс прадпрыемстваў, працаўнікі якіх павінны забясьпечвацца, і сьпіс хвароб, з прычыны якіх не дазваляецца працаваць у харчовых прадпрыемствах, вызначаецца паводле дадаткаў I і II да паказанай вышэй пастановы Саюзнага Савету Сацыяльнага Страхаваньня пры НКП СССР за 25 жніўня 1927 г. і пастановы Саюзнага Савету Сацыяльнага Страхаваньня за 5 красавіка 1928 г. № 236 (газэта „Труд" за 5 мая 1928 г.).

9. З часу выданьня гэтага палажэньня касуюцца ўсе ранейшыя распараджэньні пра мэдыцынскія агляды рабочых і служачых харчовых прадпрыемстваў і ўстаноў.

Народны Камісар Аховы
Здароўя БССР **М. Барсукоў**.

Нам. Народнага Камісара
Працы БССР **Н. Мяркулаў**.

11 мая 1928 г.
№ 34.

3 траўня 1928 г. № 44.

Усім акр. інспэктурам Аховы Здароўя

Пры гэтым накіроўваецца „Показания и противопоказания к направлению больных на государственные курорты РСФСР".

НКАЗдароўя прапануе прыняць іх да безадказнага выкананьня ўсім арганізацыям якія ведаюць накіраваньнем хворых на курортнае лячэньне.

Нар. Кам. Аховы Здароўя **Барсукоў.**

Інсп. Лек. Праф. Часьці **Фурс.**

Показания и противопоказания к направлению больных на государственные курорты РСФСР

Общие противопоказания, абсолютно исключающие направление больных на курорты.

1. Кахексия, злокачественная анемия и лейкэмия.
2. Злокачественные новообразования.
3. Душевные болезни.
4. Резко выраженные формы психоневрозов с судорожными приступами, импульсивностью и резкой аффективностью, в том числе травматический невроз и тяжелая истерия.
5. Эпилепсия.
6. Сухотка спинного мозга в резкой стадии атаксии.
7. Свежие геморраи и тромбозы мозга (не раньше года после инсульта).
8. Часто повторяющиеся обильные кровотечения и гемофилия.
9. Все острые заболевания и инфекционные болезни.
10. Декомпенсированные формы туберкулеза легких.
11. Резко выраженная декомпенсация сердца и почек.
12. Резкий артериосклероз со значительным ослаблением функциональной деятельности сердечно-сосудистой системы, аневризмы аорты и других крупных сосудов.
13. Тяжелые формы диабета со значительно выраженным ацидозом, симптомами предкомотозного состояния и резким истощением.
14. Беременность, начиная с 7-го месяца.

Кавказские минеральные воды.

1. ПЯТИГОРСК.

Бальнеологический курорт с сухим климатом, преимущественно для теплового лечения (грязевые и серные ванны) и для лечения радиоактивными ваннами. Высота над уровнем моря—510 метр.

Противопоказания.

1. Свежие случаи люэса, также случаи люэса с заразными внешними проявлениями.
2. Компрессионные миэлиты на почве туберкулезного спондилита.
3. Страдания, сопровождающиеся атрофическими дегенеративными процессами и представляющими законченные формы: полный костный анкилоз, деформирующий артрит, мышечные, атрофии полиомиелит и др.
4. Облитерирующий эндартериит.

6. Болезни желудка и кишек: при направлении для питьевого лечения.

а) с'ужение привратника, гастроптозы и органические заболевания, существенно нарушающие эвакуационную способность желудка и вызывающие застой желудочного содержимого;

б) язвы желудка и 12-ти перстной кишки;

в) язвенные энтероколиты (в частности хроническая дизентерия и туберкулез кишек);

г) желудочно-кишечные заболевания чисто невропатического характера.

6. Женские болезни.

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпингс);

в) острые и подострые процессы и хронические нагноения, в полости малого таза.

Показания.

1. Болезни органов движения:

Хронические болезни костей, суставов и мышц—травматического, ревматического, инфекционного и интоксикационного характера (контузии, дисторзии, периоститы, оститы, ненормальное развитие костной мозоли, бурситы), артриты, нестойкие контрактуры после ожогов и флегмоны миогенные артрогенные и пр.; фиброзные анкилозы, остеомиэлиты с рецидивирующими свищами по оказании оперативного пособия на местах, или со сплошным поражением кости.

2. Остатки воспалительных процессов брюшной полости, как последствия инфекций (кроме туберкулеза), травмы, а также после операции.

3. Женские болезни:

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

4. Болезни мочеполовой системы.

а) пиэлиты при нейтральной или слабокислой моче;

а) хронические простатиты, везикулиты, фуникулиты, эпедидимиты, орхиты;

в) хронические воспаления мочевого пузыря.

5. Болезни нервной системы:

а) заболевания периферической нервной системы (невралгия, невриты, невромиозиты, полиневриты, плекситы, радикулиты, параличи и парезы отдельных нервов)—ревматического, травматического, инфекционного, интоксикационного, а также профессионального характера;

б) люэс нервной системы (радикулиты, менингиты, менинго - энцефало - миэлиты). Спинная сухотка в стадиях, не далеко зашедших.

6. Профессиональные отравления металлическими ядами (ртуть, бисмут, мышьяк, свинец и пр.).

7. Люэс в поздних периодах (гуммозный), особенно люэтические поражения костей, суставов, мышц и паренхиматозных органов; люэс в поздней латентной стадии. Меркуриализм и побочные явления после сальварзановой и Висмутовой терапии.

8. Болезни кожи. Хронические дермотозы, стоящие в связи с расстройством обмена веществ и вегетативной нервной системой (экземы, псориазис, почесуха, ихтиоз).

9. Болезни обмена.

а) подагра: подагрические артриты и заболевания нервномышечного аппарата с выраженными изменениями функционального и анатомического характера;

б) почечные формы подагры при достаточной функциональной способности почек;

в) мочекислый и щавелевокислый диатезы, преимущественно протекающие с заболеваниями мочевыводящих путей почек.

10. Болезни желудка и кишек.

(При комбинации с основными заболеваниями, показанными для лечения в Пятигорске п. п. 1—9 :

а) катарр желудка с пониженной кислотностью: функционально-пониженная кислотность и отсутствие соляной кислоты; желудочная гиперсекреция без повышения кислотности;

б) хронические катарры и атония кишек.

11. Болезни печени и желчных путей (при комбинации с основными заболеваниями, показанными для лечения в Пятигорске п. п. 1—9).

а) катарр желчного пузыря и желчных путей; желчно-каменная болезнь;

б) гепатиты, перигепатиты и перихолециститы;

в) затяжные формы, так называемой, катарральной желтухи.

12. Болезни органов дыхания:

а) хронические катарры верхних дыхательных путей терпидного характера;

б) гнойные и атрофические катарры носа;

в) хронические катарры гортани и среднего уха (не гнойные) на почве катарров носа и глотки.

Б. ЕССЕНТУКИ

Бальнеологический, преимущественно питьевой курорт в ровной местности. Высота над уровнем моря 603 метра.

Противопоказания

1. Болезни желудка и кишек:

а) сʻужение привратника, гастроптозы и органические заболевания, существенно нарушающие эвакуационную способность желудка и вызывающие застои желудочного содержимого;

б) язвы желудка и 12 перстной кишки;

в) катарры желудка с резко повышенной кислотностью;

г) язвенные энтероколиты (в частности хроническия дезинтерия и туберкулез кишек).

2. Фосфорно-кислый диатез.

3. Расстройство сердечно - сосудистой и сердечно-почечной компенсации. Нефрозонефриты.

4. Женские болезни:

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпинкс);

в) острые и подострые процессы и хронические нагноения в полости малого таза.

Показания

1. Болезни желудка и кишек:

а) катарр желудка с пониженной кислотностью: функционально-пониженная кислотность и отсутствие соляной кислоты; желудочная гиперсекреция без повышенной кислотности;

б) хронические катарры и атония кишек.

2. Болезни печени и желчных путей:

а) катарр желчного пузыря и желчных путей; желчно-каменная болезнь;

б) гепатиты, перигепатиты и перихолециститы;

в) затяжные формы, так называемой катарральной желтухи.

3. Болезни обмена:

а) ожирение;

б) подагра; подагрические артриты и заболевания нервно-мышечного аппарата без деформирующих изменений;

в) комбинационные формы подагры с ожирением, диабетом, заболеваниями печени и желчно-выводящих путей;

г) мочекислый и щавелевокислый диатезы, преимущественно сопутствующие заболеванию подагрой;

д) диабет при отсутствии ослабленного питания. Комбинированные формы с подагрой, мочекислым диатезом, изменениями со стороны печени и заболеваниями желче-выводящих путей.

4. Заболевания периферической нервной системы на почве мочекислого диатеза.

5. Женские болезни: при комбинации их с болезнями желудка, кишек, печени,

желчных путей и обмена веществ, показанными для лечения в Ессентуках пп. 2, 3).

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабления менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

6. Болезни мочеполовой системы: хронические циститы, пиэлиты (катарральные и калькулезные) с кислой реакцией мочи.

В. ЖЕЛЕЗНОВОДСК.

Бальнеологический, преимущественно питьевой курорт в неровной гористой местности. Высота над уровнем моря 610 метров.

Противопоказания

1. Болезни желудка и кишек:

а) с'ужения привратника, гастроптозы и органические заболевания, существенно нарушающие эвакуационную способность желудка и вызывающие застой желудочного содержимого;

б) язвенные энтероколиты (в частности, хроническая дезинтерия и туберкулез кишек).

2. Расстройство сердечно-сосудистой и сердечно-почечной компенсации.

3. Женские болезни:

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпингс);

в) острые и подострые процессы и хронические нагноения в полости малого таза.

Показания

1. Болезни желудка и кишек:

а) катарр желудка с повышенной кислотностью; функционально повышенная кислотность и гиперсекреция;

б) язва желудка и 12-ти перстной кишки в стадии затишья, без кровотечений и без свежих явлений перитонита, а также язвы оперированные (не ранее 8 месяцев после операции);

в) хронические катарры кишек;

2. Болезни печени и желчных путей:

а) катарр желчного пузыря и желчных путей; желчно-каменная болезнь;

б) гепатиты, перигепатиты и перихолециститы;

в) затяжные формы, так называемой, катарральной желтухи.

3. Болезни мочевыводящих путей у взрослых и детей:

а) хронические формы нефрозо-нефритов, с достаточно функциональной способностью почек и без резко выраженной гипертонии;

б) катарральные и калькулезные пиэлиты;

в) хронические циститы при нейтральной и щелочной моче.

4. Болезни обмена веществ у взрослых и детей.

а) фосфорно-кислый диатез, подагра, мочекислый и щавелевокислый диатезы, преимущественно формы, протекающие с заболеваниями мочевыводящих путей и почек, без симптомов их функциональной недостаточности;

б) диабет (не тяжелые формы) с явлениями нервно-мышечной слабости и пониженным питанием. Ренальные формы диабета.

5. Женские болезни — при комбинации их с болезнями желудка, кишек, печени, обмена веществ и мочевыводящих путей, показанными для лечения в Железноводске (см. пп. 1—4):

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

Г. КИСЛОВОДСК

Бальнеологический курорт (Нарзан) и горная субальпийская климатическая станция для сердечных и нервных больных. Высота над уровнем моря 813-950 метров (Террен-кур).

Противопоказания

1. Болезни сердечно-сосудистой системы:

а) незаконченные острые воспаления со стороны сердца и сосудов;

б) резко выраженные явления декомпенсации (как-то: стойкий или распространенный отек, застойный цирроз печени и т. д.);

в) аневризмы;

г) грудная жаба при наличии выраженного ослабления сердечной мышцы и повышенной возбуждаемости нервной системы;

д) гипертония почечного происхождения;

е) болезни сердца и сосудов, как сами по себе, так и в комбинации с другими болезнями у лиц з резко повышенной нервной возбудимостью.

2. Болезни нервной системы.

а) органические нервные заболевания с явлениями гиперкинеза и спастическими проявлениями;

б) все неврозы и психоневрозы с резко выраженными явлениями гиперсекреции эндокринных желез, в том числе наличие тиреатоксических явлений со стороны сердца при Базедовой болезни.

3. Болезни почек. Нефрозо-нефриты.

Показания.

1. Болезни сердечно-сосудистой системы:

а) органические и функциональные поражения сердечной мышцы клапанного аппарата с ослаблением сердечной мышцы, возникшие как первично (эндокардитического характера), так и на почве болезней обмена веществ и внутренней секреции (эндоартериитического) без резких расстройств компенсации;

б) начальные формы склероза центральных и периферических сосудов.

2. Болезни нервной системы:

а) ангионеврозы и неврозы, связанные с пониженной деятельностью желез внутренней секреции и не сопровождающиеся судорожными приступами, импульсивностью и резкой аффективностью, при комбинированиях с другими заболеваниями, показанными к лечению в Кисловодске;

б) органические нервные заболевания с явлениями пониженного мышечного тонуса (начальные формы спинной сухотки).

3. Болезни обмена веществ:

а) ожирение, подагра, мочекислый диатез, при которых преобладают симптомы расстройства сердечно-сосудистой системы с явлениями ослабления ее деятельности;

б) фосфоро-кислый диатез.

4. Пиэлиты у сердечно-сосудистых больных.

5. Болезни органов дыхания:

а) хронические катарры дыхательных путей (преимущественно верхние) *не туберкулезного характера*;

б) эмфизема легких без резких симптомов ослабления деятельности сердечно-сосудистой системы;

в) бронхиальная астма без явлений повышенной возбудимости нервной системы.

Курорты Соч-Мацестинского Об'единения.

А. МАЦЕСТА.

Приморский бальнеологический курорт (источники с высоким содержанием сероводорода).

Противопоказания.

1. Болезни сердечно-сосудистой системы:

а) незаконченные острые воспаления со стороны сердца и сосудов;

б) резко выраженные явления декомпенсации (как-то: стойкий или распространенный отек, застойный цирроз печени и т. д.);

в) аневризмы;

г) грудная жаба при наличии выраженного ослабления сердечной мышцы и повышенной возбудимости нервной системы;

д) гипертония почечного происхождения;

е) болезни сердца и сосудов, как сами по себе, так и в комбинации с другими болезнями у лиц с повышенной возбудимостью.

2. Туберкулез всех органов и тканей.

3. Страдания, сопровождающиеся атрофическими дегенеративными процессами и представляющие законченные формы: полный костный анкилоз, деформирующий артрит, мышечные атрофии и др.

4. Компрессионные миэлиты на почве туберкулезного спондилита.

5. Хронические, органические заболевания нервной системы со стойкими явлениями.

6. Женские болезни:

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпингс);

в) острые, подострые процессы и хронические нагноения в полости малого таза.

Показания.

1. Болезни сердечно-сосудистой системы:

Примечание. Особенно показаны поражения сердечной мышцы и сосудов дегенеративного характера у лиц пикнической конструкции.

Органические и функциональные поражения сердечной мышцы кожного аппарата с ослаблением сердечной мышцы, преимущественно в комбинации с болезнями органов движения, нервной системы и друг.;

общий артериосклероз без резких явлений декомпенсации;

аортиты (люэтический, подагрический, ревматический) без аневризматического расширения и устойчивого высокого кровяного давления и эндоартерииты;

в) хронические флебиты, тромбофлебиты, варикозные расширения вен;

г) болезни органов движения: хронические болезни костей, суставов и мышц травматического, ревматического, инфекционного и интоксикационного характера за исключением гнойных процессов при одновременном поражении сердечно-сосудистой системы, в случаях невозможности применения грязелечения.

3. Болезни нервной системы: при одновременном поражении сердечно-сосудистой системы, исключающем проведение грязелечения.

а) заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, невромиелиты, полиневриты, плекситы, радикулиты, параличи и парезы отдельных нервов – ревматического, травматического, инфекционного и интоксикационного характера;

б) болезни нервной системы: радикулиты, менингиты, менинго-энцефалимиелиты. Спинная сухотка в стадиях, не далеко зашедших;

в) профессиональные заболевания нервно-мышечного аппарата, отравления свинцом, ртутью и проч.;

г) перемежающаяся хромота на почве облитирирующего эндоартериита без гангренозных явлений.

4. Болезни обмена:

а) ожирение, подагра, в которых преобладают симптомы расстройства сердечно-сосудистой системы с явлениями ослабления ее деятельности, преимущественно при одновременных изменениях костно-суставного и мышечного аппарата (легкие формы);

б) диабет, осложненный кожными заболеваниями или расстройствами сердечно-сосудистой системы, показуемыми к лечению на Мацесте.

5. Женские болезни: — в случае комбинирования их с болезнями сердечно-сосудистой системы, показанными для лечения в Мацесте, исключающими возможность проведения грязелечения;

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

6) Кожные болезни: хронические дерматозы, стоящие в связи с расстройством обмена веществ и вегетативной нервной системы (экземы, псориазис, почесуха, ихтиозис).

7. Сухие хронические катарры носоглотки — не туберкулезного происхождения.

Б. СОЧИ

Приморская климатическая станция с теплым влажным климатом, окаймленная горами.

Противопоказания.

1. Все декомпенсированные формы туберкулеза легких.
2. Туберкулезные поражения гортани.
3. Туберкулез легких, с осложнениями со стороны кишечника и почек.
4. Туберкулез легких с выраженными расстройствами сердечно-сосудистой системы (в летний период времени).
5. Тяжелые формы хирургического туберкулеза (лимфатических желез, костей, суставов, серозных полостей) с явлениями обильного нагноения и гектической лихорадки.

Показания.

1. Туберкулез (во все времена года):

а) под'острые и хронические выпотные серозные плевриты и перибронхиты туберкулезного характера, без резкого истощения, без клинически выраженного поражения в легких;

б) бронхоадениты, плевроадениты и туберкулез мезентериальных и периферических лимфатических желез, без обширных нагноений, без высокой лихорадки и без явлений истощения.

Только для весеннего и осенне-зимн. сезона.

в) туберкулез легких с умеренно выраженными явлениями субкомпенсации с температурой, не выше субфебрильной, без обострений инфильтративного характера, без склонности к частым обильным кровохарканиям и без резких явлений нервно-психической возбудимости леченный с малым успехом или без успеха в местных условиях;

г) закрытый хронический костно-суставный туберкулез в начальных стадиях, как осложнение легочного туберкулеза (согласно основным показаниям этого курорта по туберкулезу легких), особенно на весенний, поздне-осенний и зимний сезоны.

2. Болезни дыхательных путей:

а) не разрешающиеся пневмонии, бронхиты, катарры верхних дыхательных путей;

б) бронхиальная астма в тех случаях, где эта болезнь зависит от страдания верхних дыхательных путей или от увеличения бронхиальных желез.

Южный берег Крыма.

Приморская климатическая станция, окаймленная горами.

Противопоказания.

1. Все декомпенсированные формы туберкулеза легких.
2. Обширные туберкулезные поражения гортани, с явлениями дисфагии и стеноза.
3. Тяжелые формы хирургического туберкулеза, лимфатических желез, костей, суставов, серозных полостей (с явлениями обильного нагноения и гектической лихорадки.
4. Органические заболевания центральной нервной системы.
5. Эротические формы функциональных заболеваний нервной системы.
6. Неврозы сердца и расстройства сердечно-сосудистой системы в жаркие месяцы — июнь, июль, август.

Показания.

1. Туберкулез.

Для летнего сезона:

а) под'острые и хронические выпотные серозные плевриты и перитониты туберкулезного характера, без резкого истощения (без клинически выраженного поражения в легких);

б) бронхоадениты, плевроадениты, туберкулез мезентериальных и периферических лимфатических желез, без обширных нагноений, без высокой лихорадки и без явлений истощения;

в) туберкулез суставов, костей—без обширных нагноений, без высокой лихорадки и без истощения;

г) туберкулез мочеполовой системы: почек, мочевого пузыря, матки и ее придатков—без высокой лихорадки и без истощения;

д) туберкулез кожи.

Примечание. Для санаторий Южного берега Крыма, расположенных в возвышенной местности (Эриклик, Туалер, Долоссы), летом показан также туберкулез легких в стадии субкомпенса-

ции с температурой не свыше 37.5⁰, распространенностью не более II стадии по Туббан'у, при условии, если на местах они упорно не поддаются лечению. Для весеннего и осенно-зимнего сезона;

е) туберкулез легких с умеренно выраженными явлениями субкомпенсации, с температурой, не выше субфебрильной, без обострения инфильтративного характера, без склонности к частым обильным кровохарканиям и без резких явлений нервно-психической возбудимости, с малым успехом или без успеха леченный в местных климатических условиях;

ж) все формы гортанного туберкулеза без глубокого поражения хрящей, без явлений стеноза и дисфагии, в особенности;

з) больные с туберкулезом гортани с повышенной раздражительностью слизистой оболочки верхних дыхательных путей, б) больные с туберкулезом гортани, жители южных окраин, не могущие приспособиться к суровым условиям северного климата.

Примечание. На осенне-зимний и весенний сезоны наличие при плеврите или перитоните поражения легких в пределах, указанных в п. „е", не служит противопоказанием для направления на Южный берег Крыма.

2. Болезни дыхательных путей:

а) не разрешающиеся пневмонии, бронхиты, катарры верхних дыхательных путей;

б) бронхиальная астма в тех случаях, когда эта болезнь зависит от страдания верхних дыхательных путей или от увеличения бронхиальных желез.

3. Нервные болезни.

а) неврозы, не сопровождающиеся судорожными приступами, импульсивностью и резкой аффективностью;

б) заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, невро-миозиты, плекситы, редикулиты, полиневриты, параличи и парезы отдельных нервов). Случаи, противопоказанные для грязелечения и серных и сероводородных ванн особенно при комбинировании с болезнями, специально показанными для лечения на южном берегу Крыма.

4. Болезни обмена веществ:

а) подагра, диатезы с явлениями упадка питания и общего ослабления организма. Подагра, осложненная болезнями почек, противопоказующими питьевое лечение минеральными водами;

б) диабет (легкие формы), осложненный легочным туберкулезом в стадиях, показуемых к лечению в Крыму.

5. Хронические нефриты преимущественно в теплое полугодие.

6. Истощение после тяжелых заболеваний, после ослабляющих методов лечения как нахкур (после лечения грязью и минеральными водами).

7. Последствия рахита, скрофулеза и экссудативного диатеза у детей.

Примечание. В период времени с 15-го августа по 15-ое октября для виноградного лечения показаны нижеследующие заболевания:

1. Упадок питания при начальных формах туберкулеза легких и желез, после тяжелых заболеваний и как нахкур после лечения грязью и минеральными водами.

2. Болезни желудка с явлениями повышенной кислотности, неврозы желудка, атония и неврозы кишек.

3. Невриты, нефрозы и катары почечных лоханок.

4. Подагра, диатезы с явлениями упадка питания и общего ослабления организма. Подагра, осложненная болезнями почек, противопоказующими питьевое лечение минеральными водами.

ЕВПАТОРИЯ

Приморская климатическая станция (морские купания); детский и грязевой курорт в ровной местности.

Противопоказания

1. Туберкулез:

а) некомпенсированный туберкулез легких во всех стадиях;

б) туберкулез костей, суставов и желез с высокой температурой, с обильными выделениями, с обширными натечниками со значительными очагами гнойного или творожистого расплавления тканей, с сильно подорванным питанием и амилоидным поражением внутренних органов, а равно в случаях одновременного поражения туберкулезом легких и при заболеваниях сердца;

в) туберкулез кишек.

2. Болезни нервной системы:

а) компрессионные миэлиты на почве туберкулезного спондилита;

б) хронические органические заболевания нервной системы со стойкими явлениями.

3. Болезни органов движения:

а) страдания, сопровождающиеся атрофическими дегенеративными процессами и представляющими законченные формы: полный костный анкилоз, деформирующий артрит мышечные атрофии, полимиэлит;

б) Spondylosis rhizomslica в развитой форме.

4. Детские болезни:

а) Дети иррaтивного, эретического типа с проявлениями невротической и эксудативно-лимфатической конституции.

5. Женские болезни:

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпинкс);

в) острые и подострые процессы и хронические нагноения в полости малого таза;

г) бронхиальная астма.

Показания.

1. Туберкулез:

а) подострый и хронический туберкулез костей и суставов, закрытый и открытый;

б) спондилиты без значительных деструктивных изменений;

в) туберкулез лимфатических желез наружных и внутренних; бронхиальных и брюшных, без обширных нагноений, без гектической лихорадки;

г) туберкулез брюшины, без повышения температуры свыше 37,5°;

д) туберкулез кожи без наклонности к гипертрофическому развитию.

5. Нервные болезни:

а) заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, невромиозиты, полиневриты, плекситы, радикулиты, паралититы и парезы отдельных нервов) ревматического, травматического инфекционного и интоксикационного, а также профессионального характера);

б) люэс нервной системы (радикулиты, менингиты, менинго-энцефаломиэлиты);

в) менингиты и менинго-миэлиты ревматического, инфекционного, травматического и интоксикационного характера;

г) неврозы, не сопровождающиеся судорожными приступами, импульсивностью и резкой аффективностью.

3. Детские болезни:

а) хронические инфекционные заболевания, преимуществ. туберкулез различных органов и тканей;

б) истощение после острых заболеваний;

в) болезни обмена: последствия рахита, артритический диатез.

Наиболее показано лечение в Евпатории для детей вялых, торпидных астенического типа. Дети севера до пяти лет должны направляться в Евпаторию с большим выбором, так как они трудно переносят перемену климата; дети южане могут направляться в известной мере также и эретического типа.

4. Болезни органов движения:

а) хронические страдания костей, суставов и мышц-травматического, инфекционного и интоксикационного характера контузии, дисторсии, периоститы, оститы, ненормальное развитие костей мозоли, бурситы, артриты, не стойкие контрактуры после ожогов и флегмоны, а равно миогенные и артрогенные, остеомиэлиты, особенно с рецидивирующими свищами по оказании оперативного пособия на месте и со сплошным поражением кости, гонорройные артриты, послетифозные спондилиты, спондило-артриты интоксикационного, инфекционного характера.

5. Женские болезни:

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

6. Хронические простатиты, везикулиты, фуникулиты, эпидидимиты, орхиты.

7. Остатки воспалительных процессов брюшной полости, как последствия инфекции, травмы, а также после операции.

8. Болезни обмена:

а) подагра с явлениями упадка питания и общего ослабления организма, подагра с выраженными изменениями костно-суставного мышечного аппарата при условии устойчивого состояния сердечно-сосудистой системы;

б) предрасположение к болезням обмена без симптома выраженного развитого заболевания;

в) ожирение.

9. Болезни кровеносных сосудов;

а) варикозные расширения вен;

б) флебиты, тромбофлебиты.

10. Болезни органов зрения: инфекционного происхождения, паренхиматозное воспаление роговой, радужной сосудистой, белковой оболочек, а также отслойка сетчатки, стойкое помутнение стекловидного тела, многолетние язвенные блефариты.

11. Хроническое воспаление среднего уха.

САКИ

Грязевой курот в ровной открытой местности с сухим жарким климатом.

Противопоказания

1. Не компенсированные формы туберкулеза легких.

2. Костно-суставной туберкулез закрытой формы.

3. Страдания, сопровождающиеся атрофическими, дегеративными процессами и представляющими законченные формы полный костный анкилоз, деформирующий артрит, мышечные атрофии, полимиэл и др.

4. Spondylosis rhysamelica в развитой форме.

5. Компрессионные миэлиты на почве туберкулезного спондилита.

6. Хронические органические заболевания нервной системы со стойкими явлениями.

7. Не компенсированные заболевания сердца, сосудов и почек.

8. Женские болезни:

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпингс);

в) острые и подострые процессы и хронические нагноения в полости малого таза.

Показания

1. Болезни органов движения: хронические страдания костей, суставов и мышц — травматического, ревматического, инфекционного и интоксикационного характера: контузии, дисторсии, периоститы, оститы, ненормальное развитие костной мозоли, бурситы, артриты, нестойкие контрактуры, после ожо-

гов и флегмоны, а равно миогенные и артрогенные, остеомиэлиты, особенно с рецидивирующими свищами по оказанию оперативного пособия на местах и со сплошными поражениями кости, гонорройные артриты, послетифозные спондилиты, спондило-артриты интоксикационного и инфекционного характера.

2. Женские болезни:

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройств внутренней секреции.

в) недоразвитие матки;

3. Хронические простатиты, везикулиты, фуникулиты, эпидидимиты, орхиты.

4. Нервные болезни:

а) заболевания периферической нервной системы: невралгии, неврозы, невромиозиты, полиневриты, флекситы, радикулиты, параличи, парезы отдельных нервов (ревматического, травматического, инфекционного, интоксикационного, а равно профессионального характера);

б) люэс нервной системы (радикулиты, менингиты, менингоенцефало-миэлиты);

в) менингиты и менинго-миэлиты ревматического, травматического, инфекционного и интоксикационного характера.

5. Болезни кровеносных сосудов:

а) варикозные расширения вен;

б) флебиты и тромбофлебиты.

6. Остатки воспалительных процессов брюшной полости, как последствия инфекции (кроме туберкулеза), травмы, а также после операции.

7. Болезни обмена:

Подагра с изменениями костно-суставно-мышечного аппарата при безусловном отсутствии изменений со стороны почек и сердца.

8. Болезни органов зрения инфекционного происхождения (паренхиматозное воспаление) роговой, радужной, сосудистой, белковой оболочек, а также отслойка сетчатки, стойкое помутнение стекловидного тела, многолетние язвенные блефариты.

9. Болезни уха: хроническое воспаление среднего уха, отосклероз.

СТАРАЯ РУССА

Бальнеологический и грязевой курот в ровной местности, с умеренно влажным климатом.

Противопоказания

1. Не компенсированные формы туберкулеза легких.

2. Костно-суставной туберкулез.

3, Не компенсированные пороки сердца.

4. Нервные болезни:

а) компрессивные миэлиты на почве туберкулеза, спондилита;

б) хронические органические заболевания нервной системы со стойкими явлениями.

5. Женские болезни.

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и писальпин);

в) острые и подострые процессы и хронические нагноения в полости малого таза.

6. Болезни желудка и кишек (при направлении для питьевого лечения):

а) с'ужение привратника, гастроптозы и органические заболевания, существенно нарушающие эвакуационную способность желудка и вызывающие застой желудочного содержимого;

б) язвы желудка и 12-ти перстной кишки;

в) катарры желудка с резко повышенной кислотностью;

г) язвенные энтероколиты (в частности хроническая дизентерия и туберкулез кишек);

д) желудочно-кишечные заболевания чисто невропатического характера.

Показания

1. Болезни органов движения: хронические страдания костей, суставов и мышц, травматического, ревматического, инфекционного и интоксикационного характера (контузии, дисторсии, периоститы, оститы, бурситы, артриты, нестойкие контрактуры, после ожогов, ненормальное развитие костной мозоли и флегмоны, а равно моногенные и артрогенные остеомиэлиты, гонорройные артриты, сифилитические поражения надкостницы, костей и суставов, спондило-артриты токсического инфекционного характера).

2. Нервные болезни.

а) заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, невромиозиты, полиневриты, плекситы, параличи и парезы отдельных нервов) ревматического, травматического, инфекционного, интоксикационного, а равно профессионального характера;

б) люэс нервной системы (радикулиты, менингиты, менингоэнцефало-миэлиты). Спинная сухотка в стадиях, не далеко зашедших;

в) менингиты и менинго-миэлиты ревматического, травматического, инфекционного и интоксикационного характера.

3. Женские болезни:

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

4. Остатки воспалительных процессов брюшной полости, как последствия инфекции (кроме туберкулеза), травмы, а также после операций.

5. Болезни кровеносных сосудов: флебиты и тромбофлебиты.

6. Подагра с изменениями костно-суставно-мышечного аппарата при безусловном отсутствии изменений со стороны почек.

7. Болезни печени и желчных путей:

а) катарр желчного пузыря и желчных путей;

б) гепатиты, перигепатиты и перихолециститы;

в) затяжные формы так называемой катарральной желтухи.

8. Болезни желудка и кишек:

а) катарр желудка с пониженной кислотностью;

б) функционально - понижение кислотности и отсутствие соляной кислоты;

в) хронические катарры и атония кишек.

9. Болезни кожи: хроническая сухая экзема, псориазис, ихтиозис.

СЕРГИЕВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ.

(Серноводск, Самарской губернии).

Бальнеологический тепловой курорт в степной местности с сухим жарким климатом.

Противопоказания

1. Некомпенсированные формы туберкулеза легких.

2. Костно-суставной туберкулез.

3. Некомпенсированные заболевания, сердца, сосудов и почек.

4. Страдания, сопровождающиеся атрофическими, дегенеративными процессами и представляющие законченные формы, как-то: полный костный анкилоз суставов, деформирующий артрит, мышечные атрофии, полиомиэлиты.

5. Нервные болезни:

а) компрессионные миэлиты на почве туберкулезного спондилита;

б) хронические органические заболевания нервной системы со стойкими явлениями.

6. Женские болезни:

а) все новообразования женских половых органов;

б) мешотчатые опухоли Фаллопиевых труб (гидро и пиосальпингс);

в) под'острые процессы и хронические нагноения в полости малого таза.

7. Свежие случаи люэса, также случаи люэса с заразными внешними проявлениями.

Показания

1. Болезни органов движения.

Хронические страдания костей, суставов и мышц травматического, ревматического, токсического и инфекционного характера (контузии, дисторсии, периоститы, оститы, ненормальное развитие костной мозоли, бурситы, артриты, не стойкие контрактуры после ожогов и флегмоны, а равно миогенные и артрогенные сифилитические поражения костей и суставов, спондило-артриты интоксикационного и инфекц. характера.

2. Болезни лимфатических желез.

3. Женские болезни:

а) хронические воспалительные заболевания и остатки воспаления внутренних женских половых органов, брюшины и клетчатки;

б) ослабление менструальной функции на почве расстройства внутренней секреции;

в) недоразвитие матки.

4. Хронические простатиты, везикулиты, фуникулиты, эпидимиты и орхиты (кроме туберкулезных).

5. Остатки воспалительных процессов брюшной полости, как последствия инфекции (кроме туберкулеза), травмы, а также после операций.

6. Нервные болезни:

а) заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, невромиозиты, полиневриты, плекситы, параличи и парезы отдельных нервов) ревматического, травматического, инфекционного и интоксикационного, а равно профессионального характера,

б) люэс нервной системы (радикулиты, менингиты, менинго - энцефало - миэлиты). Спинная сухотка в стадиях, не далеко зашедших;

в) менингиты и менинго-миэлиты (ревматического, травматического, инфекционного и интоксикационного характера).

7. Болезни кровеносных сосудов: флебиты и тромбофлебиты не в остром периоде.

8. Люэс в поздних периодах (гуммозных) особенно люэтические поражения костей, суставов, мышц и паренхиматозных органов: люэс в поздней латентной стадии. Меркуриализм и побочные явления после сальварсановой и Висмутовой терапии, а также случаи показаний к более быстрому выведению ртути и других металлов из организма.

9. Профессиональные отравления металлическими ядами (ртуть, бисмут, мышьяк, свинец и т. д.).

10. Болезни органа зрения: паренхиматозные воспаления роговицы, радужной оболочки, склеры и сосудистой оболочки.

11. Болезни уха: отосклероз.

12. Болезни обмена: подагра, подагрические артриты и заболевания нервно-мышеч. аппарата преимущественно с выраженными изменениями функционального и анатомического характера.

Кумысолечебные районы.

Шафраново.

Степная кумысолечебная станция.

Оренбургско-Бузулукский район.

(Красная Поляна, Степной Маяк, Джанетовка).

Степные кумысолечебные станции.

Боровое.

Кумысолечебная станция в возвышенной степной местности.

Противопоказания

1. Все докомпенсированные формы туберкулеза легких и других органов. Все формы туберкулеза легких с резкими явлениями нервно-психической возбудимости, с туберкулезными осложнениями других органов и с кровохарканием, бывшим в течение последнего года.

2. Туберкулез костей, суставов, брюшины и кишек, мочеполовой системы, туберкулез гортани при глубоких поражениях тканей.

3. Все формы расстройства компенсации сердечно-сосудистой системы

4. Болезни желудка и кишек:

а) болезни желудка с повышенной секрецией и повышенной кислотностью;

б) язвы желудка и 12-ти перстной кишки;

в) с'ужения привратника, гастроптозы и органические заболевания, существенно нарушающие эвакуационную способность желудка и вызывающие застой желудочного содержимого.

5. Болезни печени, желчных путей и желчного пузыря.

6. Болезни обмена веществ: диабет и ожирение.

7. Повышенная нервно-психическая возбудимость. Базедова болезнь.

Показания

1. Туберкулез:

а) субкомпенсированные формы туберкулеза легких без резких колебаний температуры, свеже компенсированные формы туберкулеза легких продуктивно-фиброзного характера;

б) компенсированные формы туберкулеза легких с упадком питания;

в) бронхо и плевроадениты туберкулезного характера без резких колебаний температуры.

2. Болезни желудка и кишек:

Катарр желудка с пониженной секрецией, с пониженной кислотностью или отсутствия соляной кислоты. с явлениями упадка питания.

3. Анемия и истощение после перенесенных болезней и операций, где требуется укрепление и поднятие питания организма.

За Председателя ЦНС проф. **Шенк**

Председатель НКС КМВ
прив.-доц. **Лезнинский**

Д-р **Яхнин**

Д-р **Гольдфайль**

Утверждено. Могилевич 17/III—28 г.

Минимальная продолжительность курса лечения больных на государственных курортах РСФСР

А. На бальнеологических курортах:

1. Для питьевого лечения—4 недели.

2 Для лечения серными ваннами (Мацеста, Пятигорск, Сергиевские минводы)—5 недель.

3. Для Кисловодска—4-5 недель.

4. Для грязелечения от 5-6 недель.

Б. На климатических курортах:

1. Для компенсированных форм легочного туберкулеза, железисто-плевральных форм от 4 до 6 нед.

2 Для субкомпенсированных форм легочного туберкулеза:

а) взрослых не менее 2—2½ мес.

б) детей не менее 3 мес.

3. Для туберкулеза-брюшины и мочеполовой системы не менее 3 мес.

4. Костный туберкулез:

а) взрослых не менее 2 мес.

б) детей не менее 3 мес.

Зацьверджаю.
Народны Камісар Аховы Здароўя БССР Барсукоў.
17 мая 1928 г.

Інструкцыя па правядзеньню профіляктычнай супроцьшкарлятыннай вакцынацыі сярод дзяцей дзіцячых дамоў

(Распрацавана Беларускім Дзяржаўным Мікрабіолёгічным Ін-там)

Пастановай 2-й Усебеларускай Нарады прызнана пажаданым правядзеньне супроцьшкарлятыннай вакцынацыі сярод арганізаванага дзіцячага насельніцтва ў акруговых і найбольш буйных раёных асяродках

Пры правядзеньні паказанай кампаніі неабходна кіравацца наступнымі асноўнымі палажэньнямі:

1. Уся кампанія праводзіцца пад непасрэдным наглядам і адказнасьцю акруговага сан. доктара, у буйных раёных цэнтрах—райсандоктара.

2. Кампанія павінна быць праведзена з разлікам, каб апошняя прышчэпка была скончана к 1-му верасьня.

3. Прышчэпкі ў зачыненых дзіцячых установах вытвараюцца урачамі АЗД; у дапамогу ім павінен быць дан дапаможны пэрсанал: сястра альбо фэльчар.

4. Да прышчэпак усё дзіцячае насельніцтва даннага дому павінна падлягаць дакладнаму агляду. прычым прышчэпкам не падлягаюць:

а) усе дзеці, якія калі-небудзь хварэлі на шкарлятын;

б) усе дзеці з дэкампэнсыраваным парокам сэрца альбо з якім-небудзь захворваньнем (на ныркі);

в) усе дзеці з актыўным тубэркулёзам;
г) усе, якія ліхарадзяць, альбо аслаблены нядаўна перанесеным вострым інфэкцыйным захворваньнем.

Увага. Прышчэпкам падлягаюць дзеці ад 1 году да 15 гад., прычым неабходна асабліва зьвярнуць увагу на раньнія ўзросты, найбольш паражаемыя шкарлятынай.

5. Асабліва зьвярнуць увагу на дакладны вучот рэакцыі пасьля прышчэпак, прычым неабходна адзначыць мясцовую рэакцыю, а таксама на агульную рэакцыю: падвышэньне тэмпэратуры, высыпку, ваніты, ангіну і пр.

6. У выпадках рэзкіх агульных і мясцовых зьявішч пасьля першай альбо другой прышчэпкі, у залежнасьці ад ступені рэакцыі, належыць альбо зусім не праводзіць наступную прышчэпку, альбо паўтарыць папярэднюю дозу.

7. Усе прышчэпленыя павінны заносіцца на адпаведныя рэгістрацыйныя лісты, якія к канцу года разам з распрацаванымі вынікамі накіроўваюцца ў Беларускі Дзяржаўны Мікрабіолёгічны Інстытут.

8. Лічыць пажаданым, каб у кожным акруговым альбо раённым пункце, дзе вытвараецца вакцынацыя, у аднэй дзіцячай установе дзеці не падлягалі прышчэпцы. Апошняя зьявілася-б кантролем для сапраўднасьці правадзімай вакцынацыі.

9. Прышчэпавы матар'ял вырабляецца Дзяржаўным Мікрабіолёгічным Інстытутам, прычым акругі загадзя прысылаюць у Дзярж. Мікрабіолёгічны Інстытут плян прышчэпачнай кампаніі, у залежнасьці ад якога Інстытутам будзе нарыхтована неабходная колькасьць вакцыны.

23 мая 1928 г. № 52

Усім акруговым Інспэктурам Аховы Здароўя, адбіткі: акруговым страхкасам, Інспэктарам Сацыяльнай Забясьпекі

Згодна пастановы Нар. Кам. Рабоча-Сялянскае Інспэкцыі, Цэнтр. Бюро Урач. Экспэртызы па разгляду абскарджаных пастаноў ліквідуецца і разгляд апошніх вытвараецца на мясцох пры іншым складзе экспэртаў.

На падставе гэтага Нар. Кам. Аховы Здароўя прапануе:

1. Спыніць накіраваньне спраў на разгляд абскарджаных пастаноў у Цэнтр. Бюро Урач. Эксп. з моманту атрыманьня гэтага абежніку.

2. Абскарджаныя пастановы разглядаць на месцы ў акруговым Бюро Урач. Эксп. пры другім складзе экспэртаў альбо прыцягваючы іншых спэцыялістых.

3. Да выданьня новага палажэньня аб працоўнай экспэртызе кіравацца існуючым палажэньнем аб Бюро Урачэбнае Экспэртызы.

4. Цэнтр. Бюро Урач. Экспэрт. разглядзець у бліжэйшы двухтыднёвы тэрмін усе маючыяся справы, спыніў прыём новых спраў.

5. Акруговым Інспэктурам Аховы Здароўя пры пабудове каштарысу на 1928-29г. прадугледзіць выдаткі як на ўтрыманьне Бюро Экспэртызы (старшыня, 2 урача, 1 сакратар), так і на аплату спэцыялістых для разгляду абскарджаных пастаноў.

Нам. Нар. Кам. Аховы
Здароўя **Ліўшыц**

Інспэктар Лек. Проф. часткі
Шапавалаў

Разаслана НКАЗ

Зацьвярджаю.
Нам. Нар. Камісара Аховы
Здароўя Ліўшыц

Інструкцыя дзеля эпідэміолёгічнага дасьледваньня брушнога тыфусу альбо падазроных на яго захворваньняў

Задачай эпідэміолёгічнага дасьледваньня зьяўляюцца: 1) высьвятленьне прыроды эпідэміі, 2) вызначэньне крыніцы данай эпідэміі.

З гэтай мэтай належыць у кожнага хворага альбо ў трупаў людзей, загінуўшых ад інфэкцыі, выдзяліць у чыстай культуры мікроба, узбудзіцеля захворваньня. На першым тыдню (а таксама ў працягу ўсяго захворваньня) належыць дасьледваць кроў пасевам у жоўць, на другім тыдню паставіць рэакцыю Відаля і вытварыць бактэрыолёгічнае дасьледваньне выпаражненьняў, на трэцім тыдню дасьледаваць выпаражненьні і мачу.

З тае прычыны, што эпідэміі брюшнога тыфусу і паратыфу часта працякаюць адначасова, і высьвятленьне зьмешаных інфэкцый прадстаўляе вялікую цікавасьць і значэньне, павінна вытварыць дасьледваньня магчыма большага ліку асоб.

Пры вызначэньні крыніцы інфэкцыі належыць магчыма раней вытварыць дасьледваньне на месцы захвораньняў, дасьледаваць асяродзішча, якое атачае хворых, і ўстанавіць характар эпідэміі:

1) Ці не зьяўляецца крыніцай эпідэміі адзін тыфозны хворы (сямейныя эпідэміі, дамовыя эпідэміі).

2) Ці не распаўсюджваецца эпідэмія ад мясцовых ачагоў (эпідэмічны тыфус, тыфозныя дамы).

3) Ці не зьяўляецца крыніцай занесеныя звонку выпадкі тыфозных захворваньняў.

4) Ці няма вадзяной перадачы.

5) Ці няма перадачы інфэкцый праз малако.

6) Ці няма перадачы праз іншыя харчавыя прадукты.

Пагэтаму павінны быць дасьледваны крыніцы вады на месцы захварваньняў, месца продажу малака і харчовых прадуктаў, сваякі, сябры сям'і і суседзі хворых, высьвятлены месца знахаджэньня і працы хворых

у пэрыяд да захварэньня і ў час інкубацыйнага пэрыяду; урэшце, павінны быць дасьледваны прыехаўшыя з паражоных тыфусам мясцовасьцяй жыхары.

Калі ў дасьледванай мясцовасьці будзе ўстаноўлены брушны тыфус у хворага альбо выяўлены бацыланасіцелі, тады належыць скласьці плян данага селішча і нанесьці на яго ўсе паражоныя дамы. Пры ўстанаўленьні кантактнага характара эпідэміі, належыць скласьці схэму перадачы інфэкцыйі ад аднаго хворага да другога, з аднаго дому ў другі ў хронолёгічным парадку. Жадана таксама дадаць схэматычную географічную карту раёну.

Увесь сабраны матар'ял адсылаецца Акруговаму санітарнаму урачу, дзе і падлягае распрацоўцы.

Ніжэй прыкладаюцца прыкладныя анкеты для дасьледваньня хворых бацыланасіцеляў і вадзяных крыніц.

1. Анкета для дасьледваньня тыфозных альбо падазроных па тыфусу хворых.

1. Імя і прозьвішча.
2. Узрост і пол.
3. Адрас.
4. Прафэсыя.
5. Каму належыць домаўладаньне?
6. Пачатак хваробы: чысло, месяц.
7. Хто лячыў хворага і з якога часу?
8. Калі паступілі да раённага ўрача зьвесткі аб хваробе?
9. Плынь хваробы да дасьледваньня (лёгкае, сярэдняй цяжкасьці, цяжкае).
10. Ці ўстаноўлен дыагназ клінічна альбо бактэрыолёгічна?
11. Ці магчыма высьвятліць пахаджэньне інфэкцыйі:
    а) Якія стасункі хворага да вядомых ужо тыфозных хворых, падазроных па тыфусу альбо бацыланасіцелям?
    б) Якая (меркавальна) перадача інфэкцыйі (кантакт, малако і іншыя харчовыя прадукты, бялізна і г. д.)?
    в) Ці магчыма ўстанавіць, што хворы ў працягу апошніх чатырох тыдняў да яго захворваньня прыходзіў у датыкальнасьць з асобамі, хварэўшымі раней тыфусам.
    г) Ці не мяркуецца занос іншай інфэкцыі (адкуль? крыніца інфэкцыі)?
12. Вынікі бактэрыолёгічнага дасьледваньня: а) крыві, б) выпражненьняў; г) мачы; д) рэакцыі Відаля.

II. Анкета для дасьледваньня бацыланасіцеля.

1. Імя і прозьвішча.
2. Пол.
3. Узрост.
4. Адрас.
5. Ці хварэў брушным тыфусам і калі?
6. Ці хварэў жоўчна-каменымі хваробамі?
7. Вынікі рэакцыі Відаля.
8. Вынікі дасьледваньня кала.
9. Вынікі дасьледваньня мачы.

III. Анкета для дасьледваньня вадзяных крыніц.

1. Род крыніцы вадазабясьпекі (рака, студня, ключ, вадазбор).
2. Якая студня (шахтная, абісынская, артэзіанская).
3. Глыбіня.
4. Матар'ял сьценак.
5. Блізасьць загразьненьня крыніц (нужнікі, выграбныя ямы і г. д.)
6. Колькі двароў абслугоўвае і ці маецца грамадзкая бадзья?
7. Ці былі захворваньні сярод асоб, якія карыстаюцца вадой з студні? (колькі? у колькіх дамох?)
8. Вынікі дасьледваньня вады.

Зацьвярджаю:
Нар Кам. Аховы Здароўя
М. Барсукоў.
13 чэрвеня 1928 г.

Палажэньне аб анцірабічных пунктах БССР.

1) У мэтах правядзеньня аднэй з мер барацьбы з шалёнствам (прыбліжэньне пастэраўскіх прышчэпак к насельніцтву) на тэрыторыі Беларусі функцыяніруе шэраг анцірабічных пунктаў, існуючых як філіялы Беларускага Дзяржаўнага Мікра-біолёгічнага Інстытуту.

Парадак адчыненьня пунктаў.

2) Пункты адчыняюцца з дазволу Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя Дзяржаўным Мікра-біолёгічным Інстытутам, які праводзіць таксама ўсю арганізацыйную работу і работу па інструкціраваньню і падрыхтоўцы ўрачоў, ведаючых гэтымі пунктамі. Падрыхтоўка работнікаў праводзіцца альбо шляхам каротка - тэрміновага прабываньня апошніх у Дзярж. Мікраб. Інстытуце, альбо шляхам выезду супрацоўнікаў Інстытуту на месца адчыненьня пункту.

Месца знахаджэньня пунктаў.

3) Пункты адчыняюцца ў акруговых гарадох пры лябораторыях, а ў раёнах, дзе лябораторыі няма,—пры райбольніцах.

Асноўныя задачы пунктаў.

4) У задачы анцірабічных пунктаў уваходзіць: а) вытворчасьць прышчэпак усім патрабуючым іх; б) па магчымасьці, лябараторная дыягносьціка мазгоў жывёлы, падазроных на шалёнства; в) кансультацыя з мясцовымі органамі аховы здароўя па пытаньнях профіляктыкі шаленства; г) вядзеньне санітарна-асьветнай працы па пытаньнях барацьбы з шаленствам.

Памяшканьне і абсталяваньне.

5) У інтарэсах правільнай пастаноўкі справы, анцірабічны пункт павінен мець дзеля прышчэпак самастойнае памяшканьне. Акра-

мя прышчэпкавага пакою павінна быць абавязкова прадугледжана месца для хаваньня нармальнага запасу атрымліваемай вакцыны (пакой—леднік альбо цёмнае і прахладнае памяшканьне).

Увага: Рэгістрацыя ўкушаных і перавозка могуць адбывацца ў агульных больнічных памяшканьнях.

6) Абсталяваньне анцірабічных пунктаў ўстанаўліваецца ў залежнасьці ад выкананьня імі асноўных задач (§ 4) і колькасьці прышчэпак.

К ліку абавязковых прадметаў абсталяваньня належаць: а) шпрыцы 2 і 5-ці грам. з запасам іголак і б) стэрылізатар дзеля стэрылізацыі шпрыцаў і іглаў у кіпячонай вадзе ў час вытвараемасьці прышчэпак.

На пунктах, дзе вытвараюцца дыягнастычныя аналізы на шаленства, акрамя таго неэбходны: а) мікраскоп з імэрсіенай сыстэмай; б) мікраскоп, в) прыстасаваньне дзеля заліўкі ў парафіну гістолёгічных зрэзаў; г) тэрмастат; д) патрэбныя наборы фарбаў і е) клеткі дзеля ўтрыманьня заражонай жывёлы.

Прышчэпкавы матар'ял.

7) Анцірабічныя пункты рэгулярна пэрыядычна атрымліваюць вакцыну ад Дзяржаўнага Мікрабіолёгічнага Інстытуту, паштовымі пасылкамі па папярэднім заяўкам. У вельмі хуткіх выпадках пункты самі рэгуліруюць атрыманьне вакцыны шляхам тэрміновых запросаў ў Інстытут.

Увага 1: Ва ўхіленьне перабою ў вытворчасьці прышчэпак, пункты заўсёды абавязаны мець запас прышчэпкавага матар'ялу, хаця - бы на некалькі дзён.

II: Пры карыстаньні прышчэпкавым матар'ялам, неабходна кіравацца тэрмінам годнасьці вакцыны, паказаным на эцікетах.

8) Прышчэпкавы матар'ял атрымліваецца на пункты ў драўляных скрынках у гэрмэтычна закупораных ампулах і фляконах. У выпадку ўзьнікнавеньня сумленьня адносна стэрыльнасьці матар'ялу (невыстарчальна-гэрматычная ўпакоўка, мутны фізыолёгічны раствор і г. д.), такавы матар'ял бязумоўна у работу дапушчацца не павінен. Вакцына раскупорваецца перад самай работай. Скарыстаць у другі раз на другі дзень разьведзеную вакцыну не дазваляецца.

Загадваньне пунктам.

9. Прышчэпкі вытвараюцца спэцыяльна інструкціраваным урачом, які знаходзіцца на вучоце Дзяржаўнага Мікрабіолёгічнага Інстытуту. Аб уходзе урача з работы Інстытут павінен быць загадзя паведамлен дзеля падрыхтоўкі іншага работніка.

Вытворчасьць прышчэпак.

10. Прышчэпкі вытвараюцца строга па схеме, устаноўленай Дзяржаўным Мікробіолёгічным Інстытутам. У выпадках, патрабуючых кансультацыі, пункты тэрмінова зносяцца з Інстытутам.

Увага: Дзеля пасьпяховай і правільнай работы пункта, неабходна яго жывая пісьменная сувязь з Інстытутам, жадана час ад часу даведваньне загадчыкаў анцірабічнымі пунктамі інстытуту;

Рэгістрацыя і справаздачнасьць

11. Рэгістрацыя прышчэпліваемых на пунктах вытвараецца на спэцыяльных друкаваных рэгістрацыйных карт. ах, атрымліваемых з Інстытуту. Карткі запаўняюцца з асаблівай увагай (падрабязны анамнез, катэгорыя, дазіроўка і г. д.) і штомесячна адсылаюцца ў Інстытут, дзе матар'ял гэты статыстычні апрацоўваецца. Акрамя картак, пункты асабова паведамляюць аб маючыхся ў іх асложненьнях у час, альбо пасьля прышчэпаў і аб выпадках сьмерці ад шаленства

Увага: Паміма картак пункты абавязаны рэгістраваць прышчэпліваючыхся ў асобнай кнізе з графамі, адпаведнымі рэгістрацыйнай картцы. Кніга гэта хаваецца на пункце.

Санітарная асьвета.

11. Анцірабічныя пункты павінны вясьці. санітарна-асьветную працу па барацьбе з шаленствам як на самым пункту, так і звонку яго, шляхам устройства гутарак, лекцый і г. д.

Увага: Жадана абсталяваць чакальню пункта плякатамі і лёзунгамі па пытаньнях шаленства і барацьбы з ім.

Інструкцыя па пэрыядычным мэдыцынскім аглядам рабочых, якія працуюць у шкадлівых вытворчасьцях

1. Пэрыядычны мэдыцынскі абгляд рабочых праводзіцца ў першую чаргу ў тых шкадлівых вытворчасьцях і ў тыя тэрміны, якія пералічаны ў пастанове НК Працы і Аховы Здароўя БССР 20 сьнежня 1926 г. № 20.

2. Агляды вытвараюцца ў тых лекавых установах, да якіх прымацаваны рабочыя таго ці іншага прадпрыемства.

3. Арганізацыя мэдагляду рабочых і кіраваньне ім ускладаецца на спэцыяльнага доктара, знаёмага з гэтай справай.

Увага: У тых гарадох, дзе па мясцовым умовам немагчыма мець спэцыяльнага доктара дзеля арганізацыі і кіраваньня мэдаглядам, праца гэта ўскладаецца на аднаго з дактароў амбулаторыі, адказнага за гэтую працу.

4. Дактары, якія праводзяць мэдагляд і кіруюць гэтай справай, павінны азнаёміцца з прадпрыёмствам, умовамі працы рабочых і з адпаведнымі аддзеламі прафэсыйнай паталёгіі.

5. Доктар, на якога ўскладзены арганізацыя мэдагляду і кіраваньне ім, павінен азнаёміцца праз лекава-проф. установы з захворваньнем рабочых тых прадпрыемств, якія будуць падлягаць агляду.

6. Мэдагляд вытвараецца спэцыяльнымі дактарамі, дзе яны маюцца па каштарысу, а ў іншых мясцовасьцях—урачамі амбулаторыі, пры гэтым апошнія ўрачы ў час агляду рабочых вызваляюцца ад прыёму звычайных хворых.

7. У неабходных выпадках рабочыя, якія аглядаюцца, накіроўваюцца дзеля падрабязговага вывучэньня яго хваробы ў спэцыяльных установах (больніца, дыспансэр, рэнтген, лябораторыя і інш.) альбо да спэцыялістаў; гэта накіраваньне вытвараецца праз доктара, адказнага за правядзеньне мэдагляду.

8. Паданыя мэдагляду тым доктарам ці іншым спэцыялістам альбо спэцыяльнай установай уносяцца ў адпаведную картку рабочага.

9. Па скончэньні мэдагляду прадпрыемства доктар, які кіруе працай, вытварае статыстычную апрацоўку картак, пасьля чаго склікаецца нарада дактароў, якія праводзілі мэдагляд з удзелам Інспэктара працы і заўкома, якія на падставе апрацоўкі картак, параўнаньня з папярэднімі паданымі (гл. арт. 5) і вывучэньня санітарнага становішча прадпрыемства робіць практычныя прапановы.

10. Мерапрыемствы па палепшаньню агульных умоў працы на прадпрыемствах вытвараюцца праз Інспэктара Працы на падставе супольнага абмеркаваньня распрацованых прапаноў.

11. Індывідуальная дапамога хворым, выдзеленым пры аглядзе, аказваецца кіраўніком мэдагляду праз адпаведную ўстанову (дыспансэры, Сав. Сацыяльн. Дапам., Дамы Адпачынку і інш.).

12. Усякія далейшыя зьмены ў становішчы здароўя агледжаных рабочых шкадлівых вытворчасьцяў, павінны рэгістравацца ў картках, аб чым сочыць доктар, адказны за мэдагляд. Гэтыя паданыя ў далейшым таксама вывучаюцца і на падставе гэтага вывучаецца дынаміка захворваньняў прадпрыемства.

13. Па ўсім пытаньням, якія могуць сустракацца ў працы па мэдагляду, мейсца, павінны зьвяртацца ў клініку прафэсыянальных хвароб.

Нам. Нар. Кам. Аховы Здароўя
Ліўшыц

Інспэктар Лек. Праф. Часьці
Шапавалаў

15 чэрвеня 1928 г. № 832

Усім акруговым Інспэктурам Аховы Здароўя

З наступленьнем летняга часу неабходна ўзьмацніць санітарны нагляд за прадпрыемствамі, вытворчасьцю і гандлем харчовых прадуктаў і напіткаў і лябораторны кантроль за якасьцю іх. Разам з гэтым неабходна ўжыць усе меры да аздараўленьня харчовага рынку. У выпадку невыкананьня жыцьцёвых санітарных вымаганьняў ці парушэньня ўстаноўленых санітарных правілаў—даводзіць аб гэтым да ведама АВК, РВК і Рабоча-Сялянскае Інспэкцыі, прыцягваючы праз іх вінаватых да адказнасьці. У выпадку невырашэньня пытаньня на мясцох, паведаміць НКАЗ.

Нар. Кам. Аховы Здароўя
Барсукоў

Інсп. Сан. Эпід. Часьці **Магілеўчык**

27 чэрвеня 1928 г. № 50.

Усім акруговым Інспэктурам Аховы Здароўя.

Гэтым даводзіцца да ведама, што пры Цэнтральным Камітэце Бел. Т-ва Чырвонага Крыжу заснавана—

Кніжная база сан.-асьветнай і мэдычнай літаратуры.

Усім органам Нар. Кам. Аховы Здароўя азначаная кніжная база робіць на купленую літаратуру максымальную скідку, у зьвязку з чым набыцьцё кніг праз базу Чырвонага Крыжу дасьць адпаведнай часьці бюджэту Акруговых Інспэктур безварункавую эканомію.

Прыймаючы пад увагу гэта, Нар. Кам. Аховы Здароўя прапануе ўсім Акруговым Інспэктурам, роўна як і ўсім наогул органам Наркамата на мясцох, набываць з гэтага дню сан.-асьветную і мэдычную літаратуру, плякаты, макеты, кіно-ленты і інш. выключна праз цэнтральную базу Т-ва Чырвонага Крыжу.

Адпаведныя праспэкты будуць высланы Вам у бліжэйшым часе.

Адрас базы, куды трэба накіраваць усе заказы: Менск, вуліца Карла Маркса, 3, Ц. К. Бел. Т-ва Чырвонага Крыжу.

Народны Камісар
Аховы Здароўя **Барсукоў**

Член Калегіі НК Аховы
Здароўя **Цьвікевіч**

Зацьвярджаю:
Нар. Кам. Аховы Здароўя
(Барсукоў).
3 ліпеня 19 8 г.

Палажэньне аб Беларускім Дзяржаўным Інстытуце Фізыятрыі і Артапэдыі.

I. Мэты і задачы Інстытуту.

1. Беларускі Дзяржаўны Інстытут Фізыятрыі і Артапэдыі зьяўляецца лекава-прафілактычнай і навукова-дасьледчай установай, якая ставіць сваёй мэтай:

а) вывучэньне ўплыву фізычных фактараў у тым ліку і фізвыхаваньня на арганізм чалавека;

б) лячэньне і вывучэньне нэрвовых, артапэдычных і іншых хвароб, якія патрабуюць фізычных мэтадаў лячэньня.

2. Інстытут займаецца: а) падрыхтоўкай кадру фізыатэрапэўтаў, нэўрапаталегаў, артапэдаў і ўрачоў па фізвыхаваньню, б) арганізуе спэцыяльныя курсы па перападрыхтоўцы спэцыялістых, памянёных у арт. „а", в) падрыхтоўкай кваліфікаванага мэдпэрсаналу па фізыятрыі і артапэдыі па Беларусі, д) распрацоўкай навукова-практычных пытаньняў па даручэньню НКАЗ і іншых устаноў, якія маюць дачыненьні да фізыятрыі і артапэдыі, е) распрацоўкай навуковых дасьледваньняў " галіне фізыятрыі і артапэдыі.

II. Арганізацыйная структура.

3. Інстытут складаецца з наступных частак: а) паліклінікі, б) лябараторыі, в) вада-гразе-электра—і сьвет. - лячэбніцы, г) рэнтгэна і кварца, д) масажа, е) лекавай гімнастыкі і мэханатэрапіі, ж) апэрацыйнай з гіпсавым аддзяленьнем.

4. Пры Інстытуце маецца: а) нэўра-псыхіятрычны дыспансэр, б) стацыянар па нэрвовым хваробам, в) стацыянар па артапэдычным хваробам.

5. Інстытут падпарадкаван НКАЗ і ўвязвае сваю працу з зацікаўленымі катэдрамі і іншымі ўстановамі, якія могуць мець дачыньне да працы Інстытуту.

III. Управа Інстытута.

6. На чале Інстытуту стаіць Дырэктар і яго намесьнік, якія прызначаюцца і зацьвярджаюцца НКАЗ. Навуковыя і іншыя адказныя працаўнікі Інстытуту праходзяць праз конкурсную камісію пры НКАЗ і зацьвярджаюцца НКАЗ.

7. Дырэктар адказвае за ўсю працу Інстытута і кіруе ўсімі працаўнікамі апошняга.

8 Для разгляду пляну працы і справаздач Інстытуту і іншых пытаньняў Дырэктар склікае Савет Інстытуту, у склад якога уваходзяць: Дырэктар, яго намесьнік, прадстаўнік НКАЗ, навуковыя працаўнікі Інстытуту і прадстаўнікі зацікаўленых ведамств.

9. Пры Інстытуце існуе навуковая канфэрэнцыя.

Увага: Інструкцыя аб працы Савету распрацоўваецца НКАЗ.

IV. Мэтады працы.

10. Інстытут ажыцьцяўляе свае мэты шляхам шырокага выкарыстаньня розных спосабаў фізыятэрапіі і артапэдыі.

11. Інстытут вядзе навукова-дасьледчую і экспэрымэнтальную працу па высьвятленьню ўплыву розных фактараў акружаючага асяродку на арганізм чалавека і жывёлы

12. Інстытут інструктуе акруговыя фізыятрычныя габінэты, камандыруе сваіх працаўнікоў у вакругі і раёны і з дазволу НКАЗ склікае нарады акруговых працаўнікоў у галіне фізыятрыі і артапэдыі.

13. Інстытут друкуе навуковыя артыкулы сваёй працы ў спэцыяльных зборах працы Інстытуту.

14. Інстытут вядзе навуковую і навукова-практычную працу праз прыдадзеныя яму ўстановы.

V. Сродкі Інстытуту.

15. Інстытут утрымоўваецца згодна зацьверджаных штатаў па каштарысу НКАЗ і самастойна распараджаецца сваімі крэдытамі ў мэтах зацьверджаных каштарысаў.

16. Інстытут мае свае пячатку і штамп.

9 ліпеня 1928 году № 57.

Усім акруговым Інспэктурам Аховы Здароўя.

Пры гэтым накіроўваецца інструкцыя па ажыцьцяўленьню пастановы СНК аб нормах мэдыцынскага абслугоўваньня застрахованых і іх сем'яў для кіраваньня і выкананьня.

Дадатак: Памянёнае.

Нам. Кам. Аховы Здароўя **Ліўшыц.**

Інспэктар Лек. Праф. Часьці **Шапавалаў.**

Інструкцыя Н. К. Аховы Здароўя па ажыцьцяўленьню пастановы СНК (30/V—1928 г. № 54) аб нормах мэдыцынскага абслугоўваньня застрахаваных і іх сем'яў.

1. Нормы, зацьверджаныя СНК на 1927-28 г., сярэднія па Рэспубліцы, чаму зьніжэньне іх не павінна мець месца там, дзе яны ў сучасны момант вышэй рэспубліканскіх.

2. У тых акругах, дзе нормы ніжэй зацьверджаных СНК павінны быць прыняты усе крокі, каб павялічыць іх і давесьці да рэспубліканскіх.

3. Уведзеныя нормы не павінны пагаршаць якасьць аказваемай дапамогі, у зьвязку з чым неабходна правесьці нормы прыёму ўрачоў па габінэтам і рацыяналізіраваць працу лекавых устаноў.

4. Нормы прыёму ўрачоў за гадзіну працы ўстанаўліваюцца наступныя:

		хворых	
а) тарапэўтычны габінэт		4—5	
б) хірургічны	„	10	Дапам. ся-
в) гінэколёгічны	„	5—6	рэдні мэдпэр.
г) нэрв. і псыхіатр.	„	4—5	
д) в у ш н ы	„	6—7	
е) в о ч н ы	„	6—7	
ж) скурна-вэнэр.	„	7—8	
з) пэдыятр.	„	4—5	
и) сухотны	„	3,5—4	
к) жалуд. кішэчн.	„	3,5—4	
л) зубаўрачэбны	„	3,5—4	Пры санац. 3.

5. З мэтай пашырэньня прыёму ўвадзіць прыёмы ў нядзелю і сьвяточныя дні, акрамя рэвалюцыйных сьвяточных дзён.

6. Увесьці прыёмы па тым спэцыяльнасьцям, якія зараз адсутнічаюць, альбо пашырыц тыя, у якіх больш адчуваецца патрэба (жалудачна-кішэчныя, нэрвовыя і інш.).

7. Прыстасаваць пакоі для разьдзяваньня хворых, каб ня траціць часу ў габінэце доктара на разьдзяваньне і адзяваньне.

8. Увесьці друкаваныя трафарэты тых рацэптаў, якія найбольш часта ўжываюцца ў практыцы таго альбо іншага габінэту, прытрымліваючыся каталёгу мэдыкамэнтаў, выданага НКАЗ.

9. Увесьці запіс паўторных хворых праз доктара, які сам павінен вызначаць тэрмін яўкі хворага і гадзіну яго прыёму.

10. Пры выдачы хвораму № рэгістратура павінна паказаць час прыёму яго доктарам.

11. На дзьверах габінэту павінна быць адзначана, па якім хваробам вядзецца прыём які доктар прымае і які па парадку хворы ў доктара (хворы вешае на адзначаным месце свой № пры ўваходзе ў габінэт).

12. Завесьці пры ўваходзе ў амбулаторыю дошку з паказаньнем правіл і гадзін рэгістрацыі і прыёму па габінэтам, парадку атрымоўваньня лякарства, справак, бюлецэня і інш.

13. У рэгістратуры павінен быць адзначан парадак рэгістрацыі хворых (калі пачынаецца рэгістрацыя па тым ці іншым спэцыяльнасьцям).

14. У кожны габінэт павінны быць застаўлена 2-3 номары для тэрміновых хворых, якія могуць выдавацца іншым хворым толькі ў канцы прыёму пры адсутнічаньні тэрміновых выпадкаў.

15. Каб зьнішчыць хвасты пры запісі хворых у рэгістратуры, ужываць выдачу хворым (яны самі іх бяруць) чарговых нумароў, па якім яны і выклікаюцца для рэгістрацыі.

16. Завесьці сталы вучоту адмоў у прыёму па тым ці іншым спэцыяльнасьцям.

17. Завесьці ў рэгістратуры хаваньне індывідуальных картак па вуліцах і нумарам дамоў.

Нам. Народ. Кам. Аховы Здароўя
Ліўшыц.

Інсп. Лек. Праф. Часьці
Шапавалаў.

Узгоднена:

ЦСПСБ
Галоўсацстрах
ЦП Саюзу Мэдсанпрацы

Зацьвярджаю.
Народны Камісар Аховы
Здароўя БССР Барсукоў

Пастанова Ўсебеларускай Нарады па барацьбе з трыхінелезам 9—10 красавіка 1928 году

г. Менск

П а ч а с ь ц і м э д ы ц ы н с к а й.

1. Канстатаваць,—

а) Выяўленьне трыхінелеза людзей у частцы акруг БССР;

б) Праўдападобнасьць трыхінелезам у іншых сумежных тэрыторыях;

в) Праўдападобнасьць прагляду выпадкаў трыхінелеза людзей у віду незнаёмства ўрачэй на мясцох з дыагностыкай і клінікай гэтага захворваньня.

2. Лічыць захворваньне людзей трыхінелезам у Беларусі эпідэмічным з асабістым клінічным малюнкам, які перашкаджае дыагностыцы лечашчымі ўрачамі.

Лічыць тыповым для трыхінелеза людзей востры пачатак захворваньня з высокай тэмпэратурай і ацёкам вочных век (адутлаватасьць) пры рэзкай эозінофіліі ў крыві. Адутлаватка, апісаная іншымі аўтарамі ў мясцох моцнага распаўсюджваньня трыхінелеза сьвіней, а таксама якая адзначалася і ў Беларусі шэрагам лечашчых урачоў, павінна быць прызнана ідэнтычнай з трыхінелезам.

3. Распаўсюдзіць паміж масы лечашчых урачоў веды аб трыхінелезе і аб распаўсюджваньні гэтай хваробы ў Беларусі, асьвятленьнем пытаньняў трыхінелеза на старонках журнала „Бел. Мэд. Думка“, правядзеньнем адпаведнага цыкла на курсах удасканаленьня ўрачоў і інш.

4. У практычнай працы, пры дыагностыцы трыхінелеза людзей у першую чаргу карыстацца мікра-гельмінтоскопіяй факальных мас (асабліва у выпадках першапачатковага пэрыяду захворваньня).

5. Улічваючы частату захворваньня трыхінелезам сярод насельніцтва Беларусі, зьвярнуць увагу шырокіх мас урачоў на неабходнасьць дыфэрэнцыяльнай дыагностыкі цэлага шэрагу ліхарадачных і нэрвовых захворваньняў з трыхінелезам, улічваючы як налічча кардынальных сымптомаў у тыповых выпадках, так і адсутнічаньне некаторых з іх у антытыповых.

6. Лічыць мэтазгодным правядзеньне дэратызацыі на гарбарнях, жівадзернях і інш., а таксама зьвярнуць увагу на прыбіраньне і зьнішчэньне пацуковых трупаў на рынках.

7. У стат. форме „Двухтыднёвага абгляду руху эпідэмічных захворваньняў“ увесьці графу „трыхінелез“.

8. Прасіць прадстаячую Рэспубліканскую Нараду па санітарнай асьвеце прапрацаваць пытаньне аб санітарна-асьветнай працы па трыхінелезу і іншым захворваньням, выклікаемым паразітуюшчымі чарвямі.

9. Прапрацаваць пытаньне аб узмацненьні адукацыі па мэдыцынскай гэльмінталёгіі і, у прыватнасьці, аб увядзеньні адпаведнай дысцыпліны на старэйшых курсах мэдыцынскага факультэту.

По часьці вэтэрынарнай.

10. Прыймаючы пад увагу, што згодна статыстычных даных разьніц і мясакантрольных станцый па агляду прывазных мясных продуктаў за 1926-27 г. Гомельская і Бабруйская акругі зьяўляюцца моцна паражонымі трыхінелезам сьвіней, іменна: у першым 1 трых. сьвіньня прыходзіцца на 48 здаровых, а ў другім—1 на 107:

адзначаючы тое, што % хворых сьвіней у Беларусі перавышае наглядаючаеся захворваньне трыхінелезам у іншых мясцовасьцях СССР;

лічыць неабходным аб'яўленьне паказаных акруг пагражаючым і па трыхінелезу.

11. Прызнаць неабходным прыняцьця мер к пашырэньню сеці вэтэрынарна-ўрачэбных вучасткаў, у першую чаргу ў Гомельскай і Бабруйскай, а потым і ў іншых акругах Рэспублікі і арганізацыю трыхінелескопіі на ўсіх бяз выключэньня разьніцах, на якіх вытвараецца забой сьвіней.

12. Для палепшаньня вытворчасьці трыхінелескопіі на разьніцах і мясакантрольных станцыях неабходна арганізаваць курсы па перакваліфікацыі асоб, працуючых па трыхінелескопіі і для ўноў жадаючых вывучаць трыхінелескопію; устанавіць норму працы іх і выдаць інструкцыю па вытварэньню трыхінелескопіі.

13. З мэтай бясшкоднага скарыстаньня ўмоўна-годных мясных продуктаў (у тым ліку і ўмоўна-годнага мяса, слаба-паражонага трыхінелезам), неабходна пацьвярдзіць гаспадарчым ворганам разьніц аб устанаўленьні ва ўсіх гарадзкіх разьніцах стэрылізатараў для належнага абезшкоджваньня ўмоўна-годных мясных продуктаў і прадажы гэткіх выключна з фрэй-банкаў.

14. З мэтай бязшкоднага скарыстаньня нягодных к ужываньню у харч людзям канфіскатаў разьніц, у тым ліку і моцна паражоных трыхінелезам сьвіных туш, неабходна ўстанавіць на ўсіх гарадзкіх разьніцах апараты для ўтілізацыі канфіскатаў.

15. З мэтай ухіленьня ад страт, якія наносяцца мяса-гандлюючым дзяржаўным і коопэрацыйным арганізацыям і асобным сялянам пры канфіскацыі нягодных мясных туш, у тым ліку і трыхінелезных сьвіных туш, а таксама каб ухіліцца ад непаразуменьняў, узьнікаючых паміж уласьнікамі іх і вэтпэрсаналам.

Неабходна ўзбудзіць пытаньне перад СНК аб увядзеньні абавязковага забясьпечваньня забойных жывёл, у першую чаргу сьвіней, на ўсіх разьніцах і мяса-кантрольных станцыях, якія знаходзяцца пад сталым вэтэрынарна-санітарным наглядам.

16. Прыймая пад увагу, што галоўным спосабам заражэньня сьвіней трыхінелезам зьяўляецца паяданьне імі ўсякага рода адкідаў, заражоных трыхінелезам, неабходна палепшыць умовы ўтрыманьня і кармленьня сьвіней.

17. Для ўстанаўленьня ступені заражонасьці трыхінелезам пацукоў, кошак, сабак і іншых насіцелей трыхінел, неабходна арганізаваць пры вэтэрынарна-бактэрыолёгічных установах Рэспублікі дасьледваньне паказаных жывёл на трыхінелез.

Агульныя.

18. НКЗему, НКАховы Здароўя і НК Унутр. Спраў (сумесна) перапрацаваць выданую ў 1916 г. „Инструкцыю аб вэтэрынарна-санітарным наглядзе за прывозным для продажы мясам і мяснымі продуктамі".

19. Устанавіць кантакт паміж вэтэрынарнымі і мэдыцынскімі працаўнікамі па правядзеньню мерапрыемстваў па барацьбе з трыхінелезам, наладзіць узаемную інфармацыю аб выяўленьні і руху трыхінелеза ў людзей і сьвіньней, вытварыць сумесны агляд найбольш паражоных трыхінелезам залюдненых пунктаў.

20 Лічыць неабходным НКАховы Здароўя сумесна з Наркамземам узяць на сябе ініцыятыву арганізацыі і правядзеньня ў жыцьцё экспэдыцыі з спэцыялістых-гельмінтолёгаў, якая мае сваей мэтай:

абгляд насельніцтва паражоных раёнаў БССР у сэнсе выяўленьня характара і размера трыхінелеза і іншых захворваньняў, выклікаемых паразытуючымі чарвямі;

абгляд гельмінтафауны жывёл.

Прасіць прафэсара К. І. Скрабіна садзейнічаць у справе арганізацыі гэтай экспэдыцыі па тыпу меўшых мейсца аналёгічных саюзных экспэдыцый.

У дапамогу аснаўному экспэдыцыённаму ядру гельмінтолёгаў прыбавіць:

а) Катэдры паразіталёгіі і патолёгічнай анатоміі ВУЗ'аў БССР;

б) Камісію па вывучэньню фауны БССР пры Інстытуце Беларускай Культуры;

в) Вэтэрынарнае Бюро НКЗема БССР;

г) Санітарную арганізацыю НКАховы Здароўя БССР;

д) Дорздравы МББ і Зах. чыгун.;

е) Мэд. і вэт. персанал тых раёнаў, дзе будзе ляжаць шлях сьледваньня экспэдыцыі;

ж) Краязнаўчыя арганізацыі Б. Дз. У.

21. Матар'ялы цяперашняй нарады надрукаваць і разаслаць сельскім і іншым мэдыцынскім і вэтэрынарным урачом БССР для скарыстаньня іх у штодзённай практычнай працы.

Інформацыйны кон'юнктурны лісток Белмэдгандлю аб стане аптэчнага рынку БССР

1 ліпеня 1928 г. № 3

Кон'юнктура за чэрвень

(Па аддзелу мэдыцынскага забесьпячэньня)

1. Мэдыкамэнтознае забесьпячэньне таварамі заграпічнага пахаджэньня знаходзіцца ў параўнаўча шчасным становішчы. Некаторыя нехапаючыя прадметы, як напр. Rhizoma Hydrastis Canadensis, нездавальняючая колькасьць тэрмомэтраў у бліжэйшым часе чакаецца да атрыманьня. Што датычыцца прадметаў абсталяваньня (імпортавых), то становішча ў БССР можна лічыць больш чым здавальняючым. Усе заяўкі лекавых установ на ўсялякае абсталяваньне задавальняецца амаль што поўнасьцю. З прычыны нездаволенасьці некаторых Аптэкакіраўніцтв паасобнымі выпадкамі разьмеркаваньня імпортавых мэдыкамэнтаў, Белмэдгандаль мае намер на будучы час сумесна з Народным Камісарыятам Аховы Здароўя ўстанавіць коэфіцыент сумы імпортавых тавараў для кожнай акругі. З гэтаю мэтаю ад ўсіх Аптэкакіраўніцтв запатрабаваны гадавыя заяўкі на патрэбныя ім імпортавыя мэдыкамэнты і абсталяваньні.

2. У адносінах да прадметаў унутрысаюзнага пахаджэньня (мэдыкамэнтаў і абсталяваньня) дэфэктура цяпер амаль што поўнасьцю зжыта. На Цэнтральным Складзе Белмэдгандлю заказы ў сучасны момант выконваюцца на 90—95%. Для большай плянавасьці і з мэтаю зьмяншэньня накладных выдаткаў Белмэдгандаль мяркуе перадаваць квартальныя заказы на мэдыкамэнты і абсталяваньне „Госмэдторгпрому" для беспасярэднай адпраўкі наступным акругам: Менскай, Віцебскай, Гомельскай і Аршанскай. Квартальныя-жа заяўкі астатніх акруг на працягу гэтага кварталу пакуль будуць концэнтраваны на Цэнтральным Складзе Белмэдгандлю.

3. Па Хэмсындыкату за апошні час пачалі паступаць наступныя тавары: саляная кіслата, нашатырны сьпірт, сода бікарбанат, хлёрынавая вапна, анілінавыя фарбы. Серкавая кіслата і каўстычная сода дагэтуль складаюць востры дэфэкт. Ня гледзячы на неаднакротныя абяцаньні Хэмсындыкату, што ў чэрвені серкавая кіслата будзе адпраўлена, да гэтага часу ніякіх паведамленьняў не атрымана.

4. Па Тэкстыльсындыкату. Рэгулярнае забесьпячэньне марляй за апошні час будзе крыху парушана на працягу ліпеня і жніўня, марля будзе атрымлівацца колькасьцямі няроўнай меры з прычыны адпускное кампаніі.

5. Па Гумтрэсту ніякіх зьмен ў сэнсе кон'юнктуры ў параўнаньні з мінулым не прадбачыцца. Дэфэктура на некаторыя хірургічныя і гаспадарчыя прадметы будзе пасту пова папаўняцца.

6. Па Шклотрэсту. Белмэдгандль лічыць неабходным, каб Аптэкакіраўніцтвы загадзя давалі заказы на аптэкарскае шкло дзеля таго, каб не затрымалася выкананьне заказаў з прычыны перавозкі тавараў гужам у восень па дрэнных дарогах. У бліжэйшы час Шклотрэст распачынае выраб кубкаў Эссмарха, матар'яльнага шкла і крывясмочных банак.

7. Па Донвуглю кон'юнктура з мэталічнай ртуцьцю вельмі пагоршылася. Донвугаль выдае толькі 40% колькасьці, якая заяўлена Белмэдгандлем. Каб ня было нерацыянальнага выдаткаваньня памянёнага прадмету Белмэдгандаль поўнасьцю перадае мэталічную ртуць фармазаводу для выррабу ртутнай мазі.

8. Па Цэнтропробізолю. З мэтаю зжываньня недахопу ў корках Белмэдгандаль зварочвае ўвагу ўсіх Аптэкакіраўніцтв на сваячасную перадачу заявак на коркі Цэнтропробізолю. Вельмі пажадана, каб Белмэдгандлю былі прысланы копіі гэтых заявак дзеля таго, каб высьветліць сапраўдную патрэбу БССР у корках і каб дамагчыся ў адпаведных організацый больш-менш рэгулярнага забесьпячэньня БССР Цэнтропробізолем.

9. Па Тэжэ. Непаразуменьні па разьлікам і % скідкі паміж Заходняй канторай Тэжэ і Аптэкакіраўніцтвамі, якія траплялісія раней, у сучасны момант зжыты. У далейшым Аптэкакіраўніцтвы будуць атрымоўваць той самы % скідкі і % на тарыф, які яны дагэтуль. Пры павялічэньні забору на 10% у канцы году ім будзе дадзены дадатковы бонус. Неабходна каб Аптэкакіраўніцтвы загадзя далі нам свае заяўкі з мэтаю забраніраваньня для іх ходкіх прадметаў.

10. Па Госрыбсындыкату. Несваечаснае атрыманьне ад Аптэкакіраўніцтв задатковых сум і вэксалёў на забраніраваную для БССР колькасьць рыб'яга тлушчу з аднаго боку ставіць Белмэдгандаль у вельмі цяжкае фінансавае становішча, а з другога боку ў плянуючых органаў зьяўляецца падстава для таго, каб на будучы час скарачаць прадметы, якія імі разьмяркоўваюцца. З прычыны гэтага магчымы востры дэфэкт у рыбім тлушчу па тых акругах, якія дагэтуль не ўрэгулявалі гэтага пытаньня. Звярочваючы ўвагу Аптэкакіраўніцтв на вышэйпамянёнае, Белмэдгандаль загадзя паведамляе, што ён вымушаны зьняць з сябе адказнасьць за забесьпячэньне рыбім тлушчам тых Аптэкакіраўніцтв, якія зьявіліся неакуратнымі. Гэта, зразумела, не датычыцца тых Аптэкакіраўніцтв, якія сваячасна прыслалі свае заяўкі і авансы; іх заяўкі будуць выкананы поўнасьцю.

Сьпіс імпортавых тавараў, якія атрыманы Белмэдгандлем на працягу траўня і чэрвеня г. г.

A

Assa foetida
Atophan II
Balsamum Copaivae
Bismut. subnitricum
Calcium bromatum
Camphora japonica raffinata
Castoreum canadense
Chinin. aethylo—carbonic (Euchinin)
„ bromatum
„ muriaticum
„ sulfuricum
Cortex aurant. expulpat. totum
„ cascarae sagradae
„ Condurango
Jodum
Luminal II
Menthol recristallis.
Novocain
Nux vomica
Oleum santali
Perhydrol
Radix ipecacuanae pulv. subtillis.
„ „ concis.
„ gentianae
Tartarus stibiatus puriss. pulv.
Theobromin n. salicylic.
Tubera jalappae pulv.
Vaselin american. flav.
„ „ alb.

Б

Апарат Рэнтгена Гросс-Геліодор з штатывам Поліскоп перам. току 220 в.
„ „ „ пастаян. току 220 в.
„ „ „ „ „ 110 в.
Камэры рахункавыя Цюрка
Перарывальнік электрычны 220 в. пастаян. току
„ „ 110 в. перам. току
Шпрыцы Record 2 грам., 5 грам. і 10 грам.

В

Зубаўрачэбныя прылады

Клешчы зубаўрачэбныя
Наканечнікі кутавыя №№ 7 і 4
Прэсы Самсона
Шпрыцы для вады
Шпрыцы Фішэра
Элеватары двубаковыя

Зьмены цэн

I. За травень

A.

Acid. mur. pur. 1 р. 05 к. N
„ nitr. ch. pur. пры 25 K⁰—1 р. 71 к., пры K⁰—1 р. 73 к. + 10%
Алігнін K⁰ 98 к. N
Argent. nitr. stift туз 1 р. 20 к. N
Ampul. pantopon 2% пры 100 шт. 4 р. 95 к., пры 25 шт. 5 р.+4%

Cortex aurant. пры 25 К⁰—1 р. 55 к., пры К⁰—1 р. 60 к.+10%
Charta sinapis сто—80 к. N
Orchicrin 0,3×25 фл. 1 р 10 к., скідка 25%
Пітуікрын Т у ампул. 4 р. скідка 25%
" А " " 4 р. " 25%
Прэпараты Інстытуту Экспэрымэнтальнай Эндокрынолёгіі скідка 25%
Supposit. Cocain 0,01 / Butyr. cacao 2,8 } дзесят. 45 к. N
Сываратка стрэптокок. полівал. а 10 к. фл. 80 к. N
Tabl. Natr. bicarbon. 0,2 / Codein phosphor. 0,015 } К⁰ 31 р. N
" Opii pulv. 0,015 / Sacchar. 0,3 } " 4 р 80 к. N
" Thiocol. 0,3 / Cod. pur. 0,015 } " 35 р. N
" Aspirin. 0,5 / Coff. N. Salicyl. 0,15 } " 14 р. 20 к. N
" Natr. bicarbon. 0,3 / Codein. 0,015 } " 28 р. N
Fol. hyoscyami conc. 25 К⁰—61 к., пры К⁰—63 к.+10%

Б.

Аўтаклаў 35×50 — 600 р.
Бінты суровай марлі 5 м. 1½ в. шт. 10 к. N
" " " " 2½ в. " 13 к. N
Вата фасоўка ў 10,0—95 к.
Ватаадбросы — 2 р. 65 к.
Грэлкі электрычныя — 6 р. 75 к. N
Голкі вочныя для іншародных цел — 1 р. 40 к.
Паста муміфікацыйная — 2 р. 95 к.
Плювалкі кішэнныя сто — 4 р. 70 к. N
Падстаўкі для аднэй каробкі Шымельбуша—38 р. 50 к.
Пэсары Годжэ 75 м/м. туз. 7 р.
" " 80 і 90 " 8 р.
Столік зубаўрачэбны сьценны — 52 р. N
Стэрылізатар электр. 42×18 — 54 р. N
" " 29×15 — 37 р. N
" " 23×12 — 28 р. N
" зубаўрач. на ножках — 4 р. N
Трубкі Рэнтгенаўскія газавыя тыпу ПЗВ—205 р. N
Фото-ванны 15×20 шт. 2 р. 10 к. N
" 20×26 " 3 р 15 к. N
" 33×45 " 5 р. 25 к. N
Фотографічны цыстоскоп — 200 р.
Шклянкі для дэзынфэкцыі — 1 р. 40 к. N
" " прыёму лекаў сто 15 р. N
Шафа сушыльная мядзяная — 37 р. N
Шпрыцы Фішэра комплект 4 р. 25 к. N
" для вады — 2 р. 15 к. N
Шоўк у шпульках — 38 к.
" кручаны № 2-3-5 маток — 32 к.
" хірургічны № 2 — 16 к.
Шчоткі доктарскія б/р. II туз. 1 р. 20 к.
" " I с. туз. 1 р. 75 к.

II. За чэрвень

А.

Adonilen 15,0 — 70 к.
Chlor. aethyl 5×10 ам. 60 к.
" 10×5 ам. 65 к.
Вінаградны цукер К⁰ 5 р. 35 к.
Воск пуш. 2 р. 40 к. N

Digalen (gitalen) 15,0 — 1 р.
Phytin pulv. 1/4 K⁰ — K⁰ 12 р.
" " 1/2 " K⁰ — 11 р. 50 к.
Сываратка мэнінгокок. 10 — 80 к. N
Tabl. sacchar. pulv. 0,3 codein pur. 0,01 } K⁰ 20 р. N
" Sacchar. pulv. 0,3 codein pur. 0,015 } " 28 р. N

Б.

Апарат унівэрсальны сыстэмы Залатарова для гальванізацыі, фарадызацыі і эндоскопіі з 4 камэрамі-ваннамі з міліампэромэтр. — 700 р.
Апарат Орса-Фішэра — 65 р. N
" Флюгэ — 45 р. N
Аўтаклаў двухбаковы 30×50 — 535 р. N
" " 35×50 — 570 р. N
" " 40×60 — 690 р. N
Барабан для пробы востр. інструм. — 1 р. 35 к.
Вага сыстэмы Фэрбэнкса — 170 р.
Голкі ін'екцыйныя зубн. тузін 30 к. N
" кішочн. і хірургічн. тузін 95 к. N
" Record тузін 2 р. 50 к.
Інгалятар латун. нік. — 4 р. 75 к.
Канюля з сланов. косьці шт. 35 к.
Катэтры мужчын. мэт. — 2 р. 90 к.
Каробкі Шымэльбуша 28 с/м — 17 р. N
" " 33 с/м — 20 р. N
" " 38 с/м — 23 р. N
Маскі для хлёраформу — 1 р. 30 к.
" Эсмарха шт. 1 р. 25 к.
Пінцэты расьнічн. шт. 1 р. 10 к.
" Дзюрсэна 3 р. 20 к.
Пласьцінкі шклян. шт. 35 к.
Перарывацель электр. Констант. 220 вольт сталага току — 315 р.
" " " на 110 вольт перамен. току — 660 р.
Скобкі Мішэля 100 шт. 75 к.
Слоікі з пр. корк. 200,0 шт. 58 к. N
Стэрылізатар нік. 132 р. N
" зубаўрач. на ножк. шт. 4 р. N
Столік для хірургічн. інструм. 72 р.
Трубкі рэнтг. вэнтыльн. тыпу В2 80 р.
Фонэндоскопы (мікромэмбраны) 2 р. 25 к.
Шпрыц вочны Анэля Record 6 р. 30 к.
" для тубэркул. 1,0 2 р. 65 к.
Шчоткі з мэтал. цэнгр. 20 к.
" для рук валас. 100 шт. 9 р. 50 к.

Зьліцьце Лябараторыі Менскага Аптэкакіраўніцтва з Хэмфармзаводам Белмэдгандлю

Паводле дагавору Белмэдгандлю з Менскім Аптэкакіраўніцтвам за 4 чэрвеня 1928 г. Лябараторыя апошняга ліквідуецца. Белмэдгандаль будзе забясьпечваць Менскае Аптэкакіраўніцтва галенавымі прэпаратамі, фасоўкай і іншымі прадметамі, якія вырабляліся лябараторыя да яе ліквідацыі, у разьмерах поўнай патрэбы аптэчных прадпрыемств, падпарадкаваных Аптэкакіраўніцтву.

Лексыравіна

Цяпер канчаецца вясновая загатоўка лексыравіны – крушыны, ландышу, аернага кораню, смарчкоў. Трэба ўлічыць практыку, каб выправіць усе недалікі да летняй і асеньняй загатоўкі.

Вясновая загатоўка прайшла больш-менш пасьпешна ў адносінах да двух відаў — крушыны і ландышу, вельмі слаба са смарчкамі (дзякуючы неўраджаю) і з аерным коранем.

Ня гледзячы на нашы неаднакротныя паказаньні Аптэкакіраўніцтвам аб неабходнасьці кожныя 2 тыдні прысылаць зводкі загатовак, мы іх не атрымліваем і ня можам даць патрэбныя зьвесткі Наркамгандлю, што выклікае непаразуменьні.

Да гэтага часу, паводле маючыхся ў нас няпоўных вестак, выкананы плян па ландышу (100 п.) і крушыне (3.000 пуд.). Нездавальняючай зьяўляецца загатоўка аернага кораню.

Шмат якія аптэкакіраўніцтвы заўважваюць нізкія цэны на аерны корань; паміж тым коопэрацыя загатаўляе яго па гэтым цэнам даволі пасьпешна.

Белмэдгандаль пасылае сваіх інструктараў амаль ўва ўсе важнейшыя раённыя аптэкі для інструктаваньня і паказаньняў, пры гэтым яны выявілі што ня ўсюды Аптэкакіраўніцтвы і асабліва загадчыкі аптэк сузнаюць усю неабходнасьць і паважнасьць загатоўкі.

Неабходна каб Аптэкакіраўніцтвы падцягнулі загадчыкаў аптэк такім чынам, каб у васеньнюю загатоўку пашырыць работу.

З паасобных Аптэкакіраўніцтв больш-менш пасьпешна вядуць работу, організацыйна і па колькасьці загатаўляемага тавару,—Мазырскае, Бабруйскае і Гомельскае Аптэкакіраўніцтвы, слаба—Менскае, Полацкае і Аршанскае; Віцебскае амаль што зусім не работае. Ад Магілеўскага Аптэкакіраўніцтва зьвестак не атрымана.

Неабходна зараз-жа зьвярнуць увагу на загатоўку канюшыны, валошкі і ліпавага цьвету, сэзонам загатоўкі якіх зьяўляецца ліпень. Паводле пляну патрэбна 1.000 пуд. канюшыны і 500 пуд. ліпавага цьвету.

Гомельскай і Віцебскай акругам трэба зьвярнуць асаблівую ўвагу на загатоўку ліпавага цьвету, а Віцебскай і Полацкай—на загатоўку канюшыны, якіх у памянёных акругах маецца больш за ўсё.

У далейшым неабходна зьвярнуць узмоцненую ўвагу на загатоўку вельмі важных для нас прадметаў—чарніцы, маліны, галаўні, лікаподыуму і ялаўцовых ягад.

Згодна нашага дагавору з Белкоопсаюзам мы організуем 3 супольныя базісныя склады—у Полацку, Гомелі і Менску, куды Аптэкакіраўніцтвы накіроўваюць загатоўленую імі сыравіну.

Апрача валяр'янавага кораню, які адпраўляецца беспасрэдна ў Менск Белмэдгандлю, астатняя лексыравіна адпраўляецца ў базісныя склады ў наступным парадку: Менская і Бабруйская акругі—у Менск; Гомель і Мазырь—у Гомель; Магілеў, Ворша, Віцебск і Полацк—у Полацк. Пры гэтым цяжар адрасуецца адпаведнаму Аптэкакіраўніцтву, а ў Менск—Белмэдгандлю, якія перадаюць дублікат і тавар базіснаму складу; апошні складае прыймовы акт у 2 экзэмплярах і перасылае арыгінал Аптэкакіраўніцтву, якое паслала тавар, а копію—Белмэдгандлю.

Шмат якія кіраўнікі аптэк, згодна маючыхся ў нас зьвестак, адпраўляюць сялян з лексыравінай у коопэрацыю, што таксама шкодзіць нашай рабоце.

Неабходна зжыць гэтыя ненармальнасьці.

Трэба таксама зьвярнуць увагу на якасьць сыравіны.

Нам прысланы некаторыя тавары, напр. крушына, у якой ёсьць мешаніна розных гатункаў дрэваў, апрача крушыны (Чэрвень, Менскай акругі), а таксама валяр'янавы корань зусім нягодны (Талочын, Аршанскай акругі).

Адносна крушыны можна яшчэ аб'ясьніць недасьведчанасьцю кіраўнікоў аптэк, але валяр'янавы корань ведае кожны фармацэўты, і прысылка мокрага, нячыстага тавару, які не паддаецца нават перапрацоўцы, залежыць ад нядбайлласьці загадчыка аптэкі

На якасьць сыравіны неабходна зьвярнуць сур'ёзную ўвагу.

Трэба мець на ўвазе, што невыкананьне намі пляну загатовак ставіць пад пагрозу задаваленьне нашых імпортавых ліцэнзый на мэдыкамэнты і мэдыцынскае абсталяваньне.

Праўленьне.

СОДЕРЖАНИЕ

Общественное здравоохранение и гигиена

Клиническая медицина

Заметки из практики